



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE
PROJETO DE PESQUISA DE MESTRADO



THAMIRES LIRA FONSÊCA PEREIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS A INFECÇÃO POR SARS-
COV-2 E A OCORRÊNCIA DE SÍNDROME PÓS-COVID-19 EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

JOÃO PESSOA/PB

2023

THAMIRES LIRA FONSÊCA PEREIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS A INFECÇÃO POR SARS-
COV-2 E A OCORRÊNCIA DE SÍNDROME PÓS-COVID-19 EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Prof^ª. Dr^ª. Caliandra Maria Bezerra Luna Lima

Prof^º. Dr^º. Hemílio Fernandes Campos Coelho

**JOÃO PESSOA/PB
2023**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

P436a Pereira, Thamires Lira Fonsêca.

Avaliação da qualidade de vida após a infecção por Sars-Cov-2 e a ocorrência da síndrome pós-Covid-19 em pacientes oncológicos / Thamires Lira Fonsêca Pereira.
- João Pessoa, 2023.

74 f. : il.

Orientação: Caliandra Maria Bezerra Luna Lima.

Coorientação: Hemílio Fernandes Campos Coelho.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Coronavírus - Síndrome pós-Covid-19. 2. Qualidade de vida - Pacientes oncológicos. 3. Câncer. 4. Estudos transversais. 5. Regressão logística. I. Lima, Caliandra Maria Bezerra Luna. II. Coelho, Hemílio Fernandes Campos. III. Título.

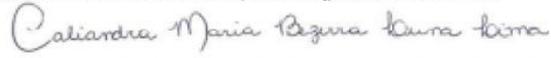
UFPB/BC

CDU 578.834(043)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45

Ata da Sessão Pública de Defesa de
Dissertação de Mestrado de **THAMIRES
LIRA FONSÊCA PEREIRA**, candidata ao
Título de Mestre em Modelos de Decisão e
Saúde, realizada em **21 de junho de 2023**.

Aos vinte e um dias do mês de junho de dois mil e vinte e três, às nove horas e trinta minutos, em sala virtual na plataforma Google Meet, reuniram-se os membros da Banca Examinadora constituída para examinar a candidata ao grau de Mestre em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na linha de pesquisa “**Modelos em Saúde**”, a Srta. **THAMIRES LIRA FONSÊCA PEREIRA**. A Banca Examinadora composta pelos professores doutores: Caliandra Maria Bezerra Luna Lima (DFPT/UFPB), como orientadora e presidente da Banca Examinadora, Hemílio Fernandes Campos Coelho (DEST/UFPB), como orientador, Rodrigo Pinheiro de Toledo Viana (DNU/UFPA), como examinador interno, Tatiene Correia de Sousa (DEST/UFPB), como examinadora interna e Fábio Marcel da Silva Santos (DFPT/UFPB), como examinador externo. Dando início aos trabalhos, a presidente da banca cumprimentou os presentes, comunicou aos mesmos a finalidade da reunião e passou a palavra à candidata para que se fizesse, oralmente, a exposição do trabalho de dissertação intitulado “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS A INFECÇÃO POR SARS-COV-2 E A OCORRÊNCIA DE SÍNDROME PÓS-COVID-19 EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**”. Concluída a apresentação, a candidata foi arguida pela Banca Examinadora que emitiu o parecer “**APROVADA**”. Sendo assim, após a candidata proceder às devidas correções exigidas pela Banca Examinadora no prazo máximo de **30 dias** e depositar as cópias finais da dissertação, deverá a Coordenação expedir uma declaração de conclusão do Programa e a Universidade Federal da Paraíba deverá expedir o respectivo diploma de Mestra em Modelos de Decisão e Saúde, na forma da lei. E, para constar, o Prof. Leonardo Wandeley Lopes, Sr. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, lavrou a presente Ata, que vai assinada por ele e pelos demais membros da Banca Examinadora. João Pessoa, 21 de junho de 2023.

Profª. Caliandra Maria Bezerra Luna Lima 
Orientadora e presidente Documento assinado digitalmente
 HEMILIO FERNANDES CAMPOS COELHO
Data: 09/07/2023 20:29:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Hemílio Fernandes Campos Coelho _____
Orientador Documento assinado digitalmente
 RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA
Data: 05/07/2023 10:40:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Rodrigo Pinheiro de Toledo Viana _____
Examinador Interno Documento assinado digitalmente
 TATIENE CORREIA DE SOUZA
Data: 28/06/2023 13:23:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Tatiene Correia de Sousa _____
Examinadora Interna Documento assinado digitalmente
 FABIO MARCEL DA SILVA SANTOS
Data: 03/07/2023 13:39:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Fábio Marcel da Silva Santos _____
Examinador Externo

*Dedico este trabalho à duas mulheres de fé
que durante suas vidas muito me ensinaram
sobre a Vontade e o Amor e que hoje sei
intercedem por mim junto à Deus:
Caitana Vieira de Lira (in memorian) e
Maria de Fátima Silva Fonsêca (in memorian).*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por todo seu Amor e Cuidado durante toda a minha vida. Sem Ele eu nada seria.
À Ele toda honra e toda glória.

À **minha família**, por ser minha referência e amparo durante toda a minha vida e não diferente na concretização desse sonho, sempre me ajudando a superar os obstáculos impostos pelas atividades do dia-a-dia.

Ao **meu esposo e filhos**, por todo o apoio irrestrito sendo meu suporte emocional e afetivo e minha maior fonte de inspiração.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Caliandra Maria**, agradeço por cada palavra de incentivo, por acreditar em mim mesmo quando eu achei que não daria conta, pela compreensão diante de todos os meus impasses do dia-a-dia e por ser exemplo de mãe, mulher e profissional.

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Hemílio Fernandes**, agradeço pela paciência e cuidado ao ensinar cada análise estatística fazendo parecer simples e fácil. Você tem o dom de ensinar.

À **Coordenação** do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – UFPB pela oportunidade oferecida.

Aos **professores** do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – UFPB, pelos subsídios teórico-metodológico e pela colaboração intelectual que contribuíram para concretização deste trabalho.

Aos **funcionários** do Hospital Napoleão Laureano, pelo acolhimento que proporcionou que esse estudo pudesse ser realizado de uma maneira mais leve.

Às **minhas amigas do coração**, que durante todo esse percurso me incentivaram e apoiaram a não desistir desse sonho.

“E, tudo o que pedirdes em oração, crendo, o receberéis” Mateus 21, 22

RESUMO

Introdução: A Covid-19 é uma infecção causada pelo vírus Sars-Cov-2 que causa sintomas respiratórios leves, podendo acometer de forma mais agressiva especialmente pacientes que fazem parte de grupos de risco. Dentre os pacientes que estão incluídos no grupo de risco têm-se os pacientes oncológicos. Atualmente, sabe-se que a Covid-19 pode deixar sequelas: fadiga, cefaleia e sintomas neurológicos são os mais frequentes e que tem demonstrado afetar a qualidade de vida (QV) desse grupo de pacientes. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos após a infecção por Sars-Cov-2 e a ocorrência da síndrome pós-Covid-19. **Metodologia:** trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal de natureza quantitativa, realizado no Hospital Napoleão Laureano. Foram incluídos no estudo pessoas maiores de 18 anos, com diagnóstico oncológico, que realizaram teste RT-PCR durante o período de março de 2020 a abril de 2022. A amostra é composta por todos os pacientes com dados disponíveis na base de registros de prontuários e da CCIH que aceitaram participar do estudo. Foram coletadas informações relacionadas ao perfil sociodemográfico, diagnóstico da Covid-19 e diagnóstico oncológico nos prontuários dos pacientes, em seguida foi aplicado o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30, um instrumento que avalia a qualidade de vida em pacientes oncológicos e um questionário relacionado aos sintomas pós-Covid-19. Afim de obter um parâmetro de comparação também foram incluídos no estudo pacientes oncológicos que não tiveram Covid-19. Com os dados coletados, foram obtidas estatísticas descritivas, foi proposto um modelo de Regressão Logística Binária e um modelo baseado no Peso da evidência. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa através do parecer nº5.440.128. **Resultados:** Foram incluídos 40 participantes, sendo 20 com teste RT-PCR positivo para Covid-19 e 20 com teste RT-PCR negativo. A média de idade dos participantes do estudo foi de 56 anos; mais de 70% são do sexo feminino e residem em João Pessoa. Quanto ao diagnóstico oncológico, mais de 50% dos participantes tinham diagnóstico de câncer de mama. Em relação a avaliação da QV, os participantes que tiveram Covid-19 apresentaram maiores pontuações nas escalas de sintomas e financeira enquanto os participantes que não tiveram Covid-19 apresentaram maiores pontuações nas escalas funcionais e na escala global de QV. O modelo de regressão logística ajustado demonstrou evidências de os indivíduos que tiveram Covid-19 tem 83,6% menos chance de apresentar escores de QV acima de 75,0, os indivíduos que tem alguma comorbidade tem 78,3% menos chance de apresentar escores de QV acima de 75,0 e que a cada aumento de 1 ponto nos valores da escala emocional, há evidência de aumento 2,9% na chance de ter escores de QV acima de 75,0. 60% dos participantes que tiveram Covid-19 relataram presença de sintomas pós-Covid-19 por mais de 4 semanas. O modelo proposto pelo peso da evidência demonstrou que a variável escala desempenho de papel se mostrou como sendo a variável de maior peso de evidência para explicar o desfecho QV. **Conclusão:** Os pacientes oncológicos estão expostos a diversos fatores que podem interferir em sua qualidade de vida, além disso a infecção por Covid-19 também pode apresentar influência para esse desfecho. Dessa forma o presente estudo contribui para compreensão da magnitude que o diagnóstico da Covid-19 e as limitações ocasionados pelo próprio diagnóstico oncológico podem trazer na vida dos indivíduos acometidos.

Descritores: Qualidade de vida; Câncer; Síndrome pós-Covid-19; Estudos transversais; Regressão logística

ABSTRACT

Introduction: Covid-19 is an infection caused by the Sars-Cov-2 virus that leads to mild respiratory symptoms and can affect patients who are part of risk groups more aggressively. Among the patients who are included in the risk group are cancer patients. Currently, it is known that Covid-19 can leave sequelae: fatigue, headache and neurological symptoms are the most frequent and have been shown to affect the quality of life (QoL) of this group of patients. **Objective:** to evaluate the quality of life of cancer patients after Sars-Cov-2 infection and the occurrence of post-Covid-19 syndrome. **Methodology:** this is an observational, descriptive and cross-sectional study of a quantitative nature, carried out at the Napoleao Laureano Hospital. People over 18 years old with a cancer diagnosis, who underwent the RT-PCR test during the period from March 2020 to April 2022 were included in the study. The sample consists of all patients with data available in the medical record base and CCIH who agreed to participate in the study. Information related to the sociodemographic profile, diagnosis of Covid-19 and oncological diagnosis were collected from the patients' medical records, then the EORTC QLQ-C30 quality of life class was applied, an instrument that evaluates the quality of life in cancer patients and a contact related to post-Covid-19 symptoms. In order to obtain a comparison parameter, cancer patients who did not have Covid-19 were also included in the study. With the data collected, descriptive statistics were used, a Binary Logistic Regression model and a model based on the Weight of Evidence were standard. The study was approved by the Research Ethics Committee through opinion number 5.440.128. **Results:** 40 participants were included, 20 with a positive RT-PCR test for Covid-19 and 20 with a negative RT-PCR test. The average age of study participants was 56 years; more than 70% are female and live in João Pessoa. As for the oncological diagnosis, more than 50% of the participants had a breast cancer diagnosis. Regarding the assessment of QoL, participants who had Covid-19 had higher scores on the symptom and financial scales, while participants who did not have Covid-19 had higher scores on the functional scales and the global QoL scale. The fitted logistic regression model showed evidence that individuals who had Covid-19 are 83,6% less likely to have high QoL scores, individuals who have some comorbidity are 78,3% less likely to have high QoL scores and that for every 1-point increase in the values of the emotional scale, there is evidence of a 2,9% increase in the chance of having high QoL scores. 60% of participants who had Covid-19 reported having post-Covid-19 symptoms for more than 4 weeks. The model proposed by the weight of evidence demonstrated that the role performance scale variable proved to be the variable with the greatest weight of evidence to explain the QoL outcome. **Conclusion:** Cancer patients are exposed to several factors that can interfere with their quality of life in addition to the Covid-19 infection that can also influence this outcome. This way, the present study contributes to the understanding of the magnitude that the diagnosis of Covid-19 and the limitations caused by the oncological diagnosis itself can bring to the lives of affected individuals.

Keywords: Quality of life; Cancer; Post-Acute COVID-19 Syndrome; Cross-Sectional Studies; Logistic Regression

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Resultado do ajuste do modelo de regressão logística para o desfecho Qualidade de Vida em pacientes oncológicos. João Pessoa, 2023.....	42
Figura 1	Fluxograma de obtenção dos pacientes oncológicos que realizaram teste RT PCR e aceitaram participar do estudo. João Pessoa, 2023...	26
Figura 2	Score QLQ-C30 versão 3.0 (FAYERS <i>et al.</i> , 2001), adaptado pela autora.....	29
Figura 3	Curva ROC do modelo de Regressão Logística para o desfecho Qualidade de Vida.....	43
Figura 4	Análise do I.V. dos indivíduos que tiveram Covid-19 para Qualidade de Vida.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das variáveis incluídas no estudo por descrição, tipo e tabulação. João Pessoa, 2023.....	30
Tabela 2	Média e desvio padrão da idade dos participantes do estudo, segundo a ocorrência da infecção por Covid-19. João Pessoa, 2023.....	37
Tabela 3	Distribuição de frequência do perfil sociodemográfico de pacientes oncológicos, segundo a ocorrência da infecção por Covid-19. João Pessoa, 2023.....	38
Tabela 4	Distribuição de frequências do diagnóstico oncológico e tipo de tratamento oncológico atual, segundo a ocorrência da infecção por Covid-19. João Pessoa, 2023.....	39
Tabela 5	Média e desvio padrão das escalas do instrumento EORTC QLQ-C30, de pacientes oncológicos que tiveram Covid-19. João Pessoa, 2023.....	40
Tabela 6	Média e desvio padrão das escalas do instrumento EORTC QLQ-C30, de pacientes oncológicos que não tiveram Covid-19. João Pessoa, 2023.....	41
Tabela 7	Distribuição de frequência da variável QV binária, segundo a ocorrência da infecção por Covid-19.....	41
Tabela 8	Distribuição de frequência das queixas pós-Covid em pacientes oncológicos. João Pessoa, 2023.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Covid-19	<i>Coronavirus disease-2019</i>
DNA	Ácido desoxirribonucleico
ECA-2	Enzima Conversora de Angiotensina – 2
EORTC	<i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer</i>
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EQV	Escala Global de Qualidade de Vida
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IV	<i>Information Value</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RNA	Ácido ribonucleico
mRNA	RNA mensageiro
RS	<i>Raw Score</i>
RT-PCR	<i>Real time reverse transcriptase polymerase chain reaction</i>
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SARS-CoV-2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
SRAG	Síndrome respiratória aguda grave
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMPRSS-2	<i>Transmembrane Serine Protease 2</i>
TNM	Classificação para estadiamento de tumores oncológicos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	17
2.1. GERAL	17
2.2. ESPECÍFICOS	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 COVID-19.....	18
3.2 SÍNDROME PÓS-COVID-19	21
3.3 CÂNCER.....	22
3.4 COVID-19 EM PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	24
3.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS	26
4. METODOLOGIA	28
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	28
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	28
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	30
4.5. INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	30
4.5.1 EORTC QLQ-C30 (versão 3.0)	31
4.6. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	33
4.7. ANÁLISE DE DADOS.....	37
4.7.1 Regressão Logística Binária	37
4.7.2 Peso da Evidência (<i>Weight of Evidence - WoE</i>)	39
4.8. ASPECTOS ÉTICOS	40
5. RESULTADOS	41
6. DISCUSSÃO	49
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	62
APÊNDICE A (FICHA PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS)	62
APÊNDICE B (QUESTIONÁRIO SINTOMAS PÓS-COVID-19)	63
APÊNDICE C (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)	65
ANEXOS	67
ANEXO A (FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019).....	67

ANEXO B (FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO)	68
ANEXO C (QLQ-C30 VERSÃO 3.0)	70
ANEXO D (AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QLQ-C30).....	72
ANEXO E (PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP)	73

1. INTRODUÇÃO

A Covid-19 (*coronavirus disease 2019*), uma doença causada pelo coronavírus do tipo SARS-Cov-2, foi identificada pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan na China e iniciou uma epidemia que rapidamente tomou proporções mundiais. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e em março do mesmo ano, em virtude de suas dimensões geográficas, foi caracterizada como uma pandemia (OPAS, 2021). No Brasil, o primeiro caso foi notificado em março de 2020 e até abril de 2023, mais de 37 milhões de pessoas foram diagnosticadas com Covid-19 e cerca de 701 mil óbitos foram confirmados (BRASIL, 2023).

Após o início da pandemia da Covid-19, rapidamente iniciaram-se os questionamentos acerca das repercussões da Covid-19 a longo prazo. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças, dos Estados Unidos (CDC-EUA) a síndrome pós-Covid-19 é caracterizada como o aparecimento ou permanência de sintomas por mais de 4 semanas após a infecção por Covid-19 (CDC, 2022).

Estudos mostram que mais de 80% dos pacientes podem apresentar pelo menos um sintoma caracterizado como síndrome pós-Covid-19, sendo os mais comuns: fadiga, tosse, dispneia, cefaleia, dificuldade de concentração, anosmia, perda de memória, ansiedade, depressão, dor, insônia e vertigem (LOPEZ-LEON *et al*, 2021; de MIRANDA *et al*, 2022).

A presença de comorbidades como hipertensão arterial crônica, diabetes, cardiopatia e câncer, está relacionada com o desenvolvimento das formas mais graves da infecção e por conseguinte, a incidência de sintomas pós-Covid-19 pode ser aumentada (de MIRANDA *et al*, 2022; JACOB *et al*, 2022).

O câncer é um conjunto de mais de 100 tipos de doenças malignas caracterizadas pelo crescimento desordenado das células, atualmente é o principal problema de saúde pública no mundo e está entre as principais causas de morte (BRASIL, 2023).

Os pacientes oncológicos comumente são submetidos a diversos tipos de procedimentos e tratamentos que afetam a sua qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” e engloba todos as esferas da vida do ser humano (PLAUTO, CAVALCANTI, 2019).

A pandemia da Covid-19 trouxe mudanças drásticas na vida de toda a população, não sendo diferente para os pacientes oncológicos, além das preocupações com os riscos inerentes ao tratamento oncológico, surge uma nova preocupação de contaminação com um vírus de comportamento desconhecido, especialmente em populações especiais (TORNIER, 2020).

Ante ao exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos que tiveram Covid-19 em comparação com pacientes oncológicos que não foram diagnosticados com a infecção e a ocorrência de síndrome pós-Covid-19 nesse grupo de pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos que tiveram diagnóstico de Covid-19 e a ocorrência da síndrome pós-Covid-19 neste grupo de pacientes.

2.2. ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico dos indivíduos que tiveram diagnóstico de Covid-19 em um serviço de referência em oncologia;
- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos participantes da pesquisa;
- Comparar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos que tiveram diagnóstico de Covid-19 com pacientes oncológicos que não tiveram Covid-19;
- Investigar a ocorrência da síndrome pós-Covid-19 nos pacientes oncológicos;
- Investigar a influência da síndrome pós-Covid-19 na qualidade de vida de pacientes oncológicos;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 COVID-19

A Covid-19 é uma infecção viral causada pelo coronavírus do tipo SARS-CoV-2, que pode causar sintomas leves até a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), falência múltipla de órgãos e óbito (LIU *et al.*, 2020).

Os coronavírus pertencentes a família *Coronaviridae* são agrupados em quatro gêneros, os α coronavírus, β coronavírus, γ coronavírus e δ coronavírus. Todos esses gêneros são conhecidos por frequentemente causarem resfriados comuns que evoluem para casos mais graves em alguns grupos populacionais específicos, como crianças menores, adultos portadores de doenças crônicas e idosos (SANTOS-SANCHEZ, SALAS-CORONADO, 2020).

O vírus causador da Covid-19, o SARS-CoV-2, pertence ao gênero dos β coronavírus, é um vírus de RNA envelopado, de fita simples formado por 4 proteínas estruturais: proteína S (*spike*), E (envelope), M (membrana) e N (nucleocapsídeo), a última sendo responsável por manter o genoma de RNA e as demais juntas formam o envelope viral. A proteína S, por sua vez, contém duas subunidades, a subunidade de ligação S1, permite que o vírus se ligue à célula hospedeira e a subunidade de fusão S2, que permite a ligação do vírus a proteína do receptor e inicie a fusão das membranas (KUMAR, AL KHODOR, 2020).

A infecção se inicia nas células epiteliais nasais e brônquicas e nos pneumócitos, através da ligação da proteína S ao receptor de enzima conversora de angiotensina-2 (ECA-2) em seguida, a serina protease transmembrana tipo 2 (TMPRSS-2), presente na célula hospedeira, promove a captação viral clivando ECA-2 e ativando a proteína S mediando a entrada do vírus na célula hospedeira (WIERSINGA *et al.*, 2020).

A transmissão desse tipo de vírus se dá mais comumente através da dispersão de gotículas pelo contato face a face durante a fala, tosse ou espirro. A propagação através de superfícies ou por aerossóis (gotículas suspensas no ar) também é uma maneira possível, no entanto, em menor proporção. O contato constante com indivíduos infectados ou exposições breves a indivíduos sintomáticos, pressupõe maior risco de transmissão, enquanto contato breve com indivíduos assintomáticos pressupõe menor risco (WIERSINGA *et al.*, 2020).

Medidas como distanciamento social, uso de máscaras, higienização das mãos com água e sabão ou álcool 70°, evitar tocar nariz e boca com as mãos sujas, evitar

aglomeração, evitar contato com pessoas doentes são comprovadamente eficazes contra a transmissão do novo coronavírus. Além disso, profissionais de saúde que atuam com pessoas com suspeita ou confirmação da infecção pelo novo coronavírus devem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI) como luvas descartáveis, aventais, máscaras N95 ou PFF2, gorros, protetores faciais tipo *face shield* e óculos de proteção (LIU *et al.*, 2020).

Clinicamente, a infecção pelo SARS-CoV-2 pode apresentar-se com sintomas leves até as formas mais graves. Estudos tem demonstrado que cerca de mais de 80% dos casos detectados apresentam sintomas leves como tosse, espirro, febre, cefaleia, dispneia e dores no corpo e cerca de 3% dos pacientes apresentarão somente anosmia, perda de olfato, e ageusia, perda do paladar, como único sintoma (WIERSINGA *et al.*, 2020).

Embora somente 14 a 17% dos pacientes necessitem de hospitalização, sabe-se que a presença de comorbidades é fator diferencial para os casos mais críticos. Alguns estudos mostram que até 90% dos pacientes que necessitam de hospitalização apresentam algum tipo de comorbidade, sendo as mais comuns: hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, doença pulmonar crônica, câncer e doença renal crônica, além disso, pessoas com mais de 60 anos também foram incluídas nos grupos de risco para o desenvolvimento das formas mais graves da doença (WIERSINGA *et al.*, 2020; KUMAR, AL KHODOR, 2020).

Acredita-se que um aumento na expressão de ECA-2 na superfície de vários órgãos como pulmão, coração, rim, intestino, podem levar a maiores complicações ocasionadas pela multiplicação do vírus. Além disso, alguns pacientes também podem apresentar síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e “tempestade de citocinas” com a liberação de citocina pró-inflamatórias ocasionando inflamação vascular e promovendo ação pró-coagulativa o que frequentemente acarreta em complicações mais severas e até óbito (WIERSINGA *et al.*, 2020; SINGH *et al.*, 2021).

A suspeita e detecção da infecção causada pelo SARS-CoV-2 inicialmente se dá observando a história clínica do paciente, os sintomas apresentados, o contato com outros indivíduos que podem estar com a doença. A partir da suspeita, alguns exames diagnósticos podem ser utilizados, como os testes moleculares RT-PCR em tempo real (RT-qPCR) e amplificação isotérmica (RT-LAMP), teste rápido imunocromatográfico para pesquisa de antígeno viral (TR-Ag) e testes para detecção de anticorpos, sendo o RT-PCR em tempo real (Reação em cadeia de polimerase da transcriptase reversa), através

de amostras de *swab* nasofaríngeo, o padrão ouro na detecção do SARS-CoV-2 (BRASIL, 2023).

Nesse método o RNA viral é extraído de amostras teste e após várias etapas é realizada a amplificação das partes do genoma viral. Em virtude de sua complexidade, a sensibilidade pode variar a depender da qualidade da amostra, do operador que realiza o teste e dos equipamentos, no entanto alguns estudos mostram uma sensibilidade de 33% 4 dias após a exposição, 62% no dia de início dos sintomas e até 80% 3 dias após início dos sintomas. Além disso, o teste leva de 24 a 72 horas para gerar resultados finais confiáveis (WIERSINGA *et al*, 2020; PRADHAN *et al*, 2021).

Para os casos de suspeita de falso-negativo, alguns exames complementares podem ser indicados como tomografia computadorizada de tórax com resultado em padrão em vidro fosco, alteração em marcadores de coagulação como d-dímero, entre outros podem sinalizar em direção a um diagnóstico diferencial da infecção pelo Sars-Cov-2 (PRADHAN *et al*, 2021).

Por se tratar de uma infecção viral, de um vírus recentemente descoberto, não há medicamentos disponíveis e seguros para tratamento específico da Covid-19, nesse sentido os tratamentos indicados caminham em direção a controlar os sintomas apresentados. Nas formas mais leves, o tratamento sintomático comum para infecções do trato respiratório como uso de antigripais e antipiréticos. Para as formas mais severas, estudos apontam para a necessidade de suporte ventilatório, uso de terapias de suporte à vida, terapia anti-inflamatória, anticorpos monoclonais e imunoterapia (PRADHAN *et al*, 2021; SINGH *et al*, 2021).

Dessa maneira, a forma mais eficaz de prevenir a disseminação da Covid-19 é a utilização de estratégias de vacinação em massa. Vírus inativos ou atenuados, vacinas de mRNA e vacinas de adenovírus são alguns dos mecanismos de ação das vacinas atualmente aprovadas para utilização com eficácia e segurança comprovadas (WIERSINGA *et al*, 2020).

Independentemente do tipo de vacina, já se sabe que sua utilização se mostrou uma medida eficaz no controle da Covid-19. Em um estudo realizado com 44.486 participantes, foi observado uma eficácia vacinal de 91,1% (IC 95%), chegando a 96,2% (IC 95%) após a segunda dose, para prevenção das formas mais graves da doença (THOMAS *et al*, 2021). Ferreira *et al* (2023) em um estudo com mais de 26 mil participantes, realizado no município brasileiro de Serrana, em que foi possível obter uma taxa de 81,3% de adultos vacinados, foi observada uma eficácia vacinal de 80% (IC 95%)

na prevenção de formas sintomáticas da doença e 95% (IC 95%) na prevenção das formas mais severas e até mesmo óbito (FERREIRA *et al*, 2023).

3.2 SÍNDROME PÓS-COVID-19

Após o início da pandemia da Covid-19, rapidamente iniciaram-se os questionamentos acerca das repercussões da infecção a longo prazo. Em setembro de 2020, a OMS definiu o código CID-10 para síndrome pós-Covid-19 o que impulsionou ainda mais o interesse por essa nova condição (OPAS, 2021).

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças, dos Estados Unidos (CDC-EUA) a síndrome pós-Covid-19 é caracterizada como o aparecimento ou permanência de sintomas por mais de 4 semanas após a infecção por Covid-19 (CDC, 2022). Estudos comprovam que os pacientes acometidos pela Covid-19 podem apresentar sinais e sintomas nos mais variados sistemas do corpo humano independente da gravidade da infecção (CAROD-ARTAL, 2021).

Em um estudo longitudinal que acompanhou 646 pacientes por 14 meses, 50,2% dos participantes relataram pelo menos um sintoma caracterizado como síndrome pós-Covid-19, desses 42,6% relatou apenas um sintoma, no entanto em alguns casos foram relatados mais de 21 sintomas simultaneamente (MIRANDA *et al*, 2022).

Lopez-Leon *et al* (2021) em uma metanálise sobre síndrome pós-Covid-19, identificou que mais de 80% dos pacientes apresentaram pelo menos um sintoma caracterizado como síndrome pós-Covid-19. Fadiga, tosse, dispneia, cefaleia, dificuldade de concentração, anosmia, perda de memória, ansiedade, depressão, dor, insônia e vertigem são alguns dos sintomas relatados com maior frequência nesses grupos de pacientes. No entanto, foram descritos mais de 50 sintomas diferentes nas mais variadas intensidades, sendo necessário investigações mais contundentes que possam comprovar a relação entre os sintomas apresentados e a infecção pelo SARS-CoV-2. (LOPEZ-LEON *et al*, 2021; MIRANDA *et al*, 2022).

Ademais, também é necessário considerar a influência das comorbidades na incidência desses sintomas. Uma vez que esse grupo, em geral, apresenta doenças crônicas como hipertensão arterial crônica, diabetes, cardiopatia e câncer e por conseguinte, desenvolve as formas mais graves da infecção, a incidência de sintomas pós-Covid-19 pode ser aumentada (JACOB *et al*, 2022; MIRANDA *et al*, 2022).

Outro impacto importante relacionado à síndrome pós-Covid-19 é a sua relação com a qualidade de vida dos pacientes acometidos. Problemas com emprego, diminuição em suas capacidades físicas e cognitivas, impacto em suas relações familiares e sociais e até mesmo a sensação de incapacidade de gerir o seu dia-a-dia aliados ao não reconhecimento do seu próprio corpo, trazem consequências psíquicas que impactam negativamente na qualidade de vida (WURZ *et al*, 2022).

3.3 CÂNCER

O câncer é um conjunto de mais de 100 tipos de doenças malignas caracterizadas pelo crescimento desordenado das células. Esse crescimento se inicia através de dano ao DNA celular em genes denominados proto-oncogenes, que normalmente estão inativos, porém quando são ativados se tornam oncogenes e passam a transmitir informações incorretamente acerca da proliferação celular produzindo assim um desequilíbrio nos mecanismos de crescimento e apoptose celular (INCA, 2023; RODRIGUES, MARTIN, MORAES, 2016).

O processo de ativação dos proto-oncogenes em oncogenes e posterior formação dos tumores malignos, denomina-se oncogênese ou carcinogênese. Alguns mecanismos genéticos são responsáveis por essa transformação, sendo eles: mutações pontuais, onde há a troca de um par de bases na fita dupla do DNA e deleções; amplificação de genes, ou seja, a existência de múltiplas cópias de um mesmo proto-oncogene potencializando sua função; o rearranjo de cromossomos, resultante da translocação, inversão ou deleção de cromossomos, como é o caso do cromossomo Philadelphia, responsável por causar a leucemia mieloide crônica através da translocação do cromossomo 9 e 22; e superexpressão gênica, que é o aumento da função de um gene, como por exemplo a superexpressão do gene *HER2* relacionado ao câncer de mama (RODRIGUES, MARTIN, MORAES, 2016).

A partir desse processo as células mutadas, passam por 3 estágios até que atinjam o estágio de proliferação descontrolada e formação de tumor. No primeiro estágio, de iniciação, os genes sofrem a ação dos agentes cancerígenos provocando alterações, no entanto, não estão prontas para formar um tumor. No segundo estágio, de promoção, as células que foram alteradas no primeiro estágio sofrem ação de agentes cancerígenos conhecidos como oncopromotores e assim a célula é transformada em maligna de forma lenta e gradual. No terceiro e último estágio, de progressão, ocorre a proliferação

desordenada e irreversível das células malignas, promovendo a formação dos tumores e o surgimento das primeiras manifestações clínicas (INCA, 2023).

As principais causas envolvidas no desenvolvimento do câncer estão relacionadas a fatores externos: hábitos de vida, poluição, tabagismo, álcool e fatores psicológicos como stress são definidos como responsáveis por 80 a 90% dos casos e atuam como agentes cancerígenos nos diversos estágios da oncogênese, alguns atuando fortemente em todos os estágios, como o fumo. Os outros 10 a 20% estão relacionados à hereditariedade e ao próprio envelhecimento do corpo humano que passa a apresentar falhas nos mecanismos regulatórios. Em todos os casos, é necessário que haja um longo período de exposição aos agentes cancerígenos até que haja o surgimento do câncer (INCA, 2023).

Segundo a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer, cerca de 19,3 milhões de novos casos foram diagnosticados em 2020 e quase 10 milhões de mortes por câncer. Para 2040, estima-se 28,4 milhões de novos casos em todo o mundo, o que representa um aumento de 47% em relação a 2020 (SUNG *et al.*, 2021; OPAS, 2020). No Brasil, a estimativa é de 704 mil novos casos a cada ano. Dessa forma, o câncer constitui-se uma importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo a segunda principal causa de morte. Os tipos de câncer mais incidentes, no Brasil, são o câncer de pele não melanoma, seguido de câncer de mama, próstata, cólon e reto, pulmão e estômago (INCA, 2023).

O câncer pode surgir em qualquer órgão ou sistema do corpo humano, e recebem denominações, tratamentos e prognósticos diferentes a depender de sua localização. Os tumores sólidos são aqueles que ocorrem em tecidos de origem epitelial e recebem a denominação de carcinomas ou adenocarcinomas, os tumores conhecidos como de partes moles são aqueles que ocorrem em tecidos de origem mesenquimal e recebem a denominação de sarcomas. Já os tumores hematológicos podem ter origem nas células hematopoiéticas, são denominados de leucemias e nos tecidos linfóides que são denominados linfomas (RODRIGUES, MARTIN, MORAES, 2016).

Além da localização, outro fator importante para o prognóstico e tratamento dos cânceres é o estágio em que eles se encontram, para definir o estadiamento das neoplasias utiliza-se classificação TNM, que atribui características conforme o tamanho do tumor (T), o comprometimento linfonodal regional (N) e a presença de metástases a distância (M). Doenças em estágios mais avançados, necessitam de tratamentos mais agressivos, com mais reações adversas e muitas vezes intervenções cirúrgicas e internações

hospitalares que podem afetar diretamente a qualidade de vida dos pacientes (INCA, 2023; RODRIGUES, MARTIN, MORAES, 2016).

Atualmente, inúmeros tipos de medicamentos estão disponíveis no mercado para tratamento oncológico. Quimioterápicos, imunoterápicos e anticorpos monoclonais são os principais tipos de tratamento oncológico. A utilização de agentes quimioterápicos data do final do século XIX com a síntese de uma mostarda sulfurada que atuava nos olhos, na pele e no trato respiratório. Apesar de ser a modalidade de tratamento mais antigo, os quimioterápicos antineoplásicos seguem sendo os principais medicamentos utilizados pois apresentam maior janela terapêutica e maior facilidade de acesso (RODRIGUES, MARTIN, MORAES 2016).

A quimioterapia antineoplásica consiste na utilização de agentes químicos isolados ou em combinação, com o objetivo de tratar tumores malignos. É uma terapia sistêmica que atua diretamente sobre as fases do ciclo celular interferindo no processo de crescimento e divisão celular. São, essencialmente, fármacos anticrescimento desenvolvidos a partir da ideia de que as células neoplásicas se multiplicam mais rapidamente que as demais células do organismo (BONASSA, GATO, 2012).

No entanto, trata-se de medicamentos inespecíficos e por atuarem de maneira sistêmica, podem agir em qualquer célula do organismo que estiver em multiplicação no momento de sua utilização. Essa inespecificidade da atuação dos quimioterápicos é responsável pelas reações adversas tão comuns durante esse tipo de tratamento. As células mais afetadas por esse tipo de tratamento são as células de rápida divisão: células do tecido hematopoiético, germinativo, do folículo piloso e do epitélio de revestimento do aparelho gastrointestinal. Sendo assim, anemia, leucopenia, neutropenia, alopecia, fadiga, mucosite, diarreia, náuseas e vômitos são as principais reações adversas ocasionadas pela quimioterapia convencional. (BONASSA, GATO, 2012; RODRIGUES, MARTIN, MORAES, 2016).

3.4 COVID-19 EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pessoas idosas, portadores de comorbidades e imunocomprometidos têm maior chance de desenvolver as formas mais graves da Covid-19. Pessoas com câncer estão incluídos no grupo de risco, os tratamentos antineoplásicos, medicamentos de suporte como os corticosteróides e as próprias características da doença comprometem o sistema imunológico desse grupo de pacientes (KUDERER *et al*, 2020; LEE *et al*, 2021a).

Aliado a isso, pacientes oncológicos frequentemente tem mais de 60 anos e apresentam outras comorbidades, além de necessitarem estar sempre em contato com profissionais de saúde e em serviços de saúde para darem continuidade a seus tratamentos (KUDERER *et al*, 2020; LEE *et al*, 2021a).

Em uma revisão integrativa, Dantas Ferreira *et al* (2020) verificaram que os pacientes oncológicos apresentam maior susceptibilidade de infecção pelo novo coronavírus. Um estudo realizado com 1.807.559 participantes mostrou que os participantes com câncer tiveram risco aumentado em 60% de terem um teste positivo para Covid-19 quando comparado com participantes que não tinham câncer (LEE *et al*, 2021b).

Além disso, os pacientes oncológicos com câncer ativo e/ou que estão em terapia antineoplásica apresentam maior risco de necessidade de hospitalização e consequente desenvolvimento de formas mais graves da doença (LEE *et al*, 2021a; LEE *et al*, 2021b; KURDERER *et al*, 2020). Corroborado por Veloso *et al* (2021) em que 67,7% dos pacientes apresentaram pelo menos uma complicação, sendo insuficiência respiratória, choque e insuficiência renal as mais frequentes, e 39,6% necessitavam de internação em UTI.

Em um estudo que levantou os registros de pacientes oncológicos com Covid-19 por 1 ano, foi registrada uma taxa de mortalidade de 18,1% enquanto a taxa geral de mortalidade para Covid-19 no mesmo período foi de 2,13% (MIRESKI *et al*, 2021), bem como também é possível verificar uma taxa de letalidade de 25,6% (CARTAXO *et al*, 2021).

Os estudos também apontam para o desenvolvimento de sequelas mais graves. Em uma coorte prospectiva que acompanhou 1557 pacientes, 15% tiveram pelo menos uma sequela já na primeira reavaliação. Sintomas respiratórios e fadiga residual apresentam maior taxa de ocorrência, 49,6% e 41%, respectivamente. Também foi possível identificar, em menor proporção, ocorrência de perda de peso (5,5%), sintomas neurológicos (7,3%), disfunção de órgãos não respiratórios (1,7%) e outras complicações (18,4%) (PINATO *et al*, 2021).

Além disso, esse subgrupo de pacientes necessitou de interrupção no tratamento ou até descontinuação permanente em virtude das sequelas apresentadas. Nesse sentido, o estudo identifica um subgrupo importante de pacientes que necessita de uma atenção especializada por apresentar um risco de sobrevida menor que independe dos fatores relacionados a sua doença de base (PINATO *et al*, 2021).

Juntamente com isso, a pandemia da Covid-19 trouxe uma nova preocupação para os pacientes oncológicos. A possibilidade de interrupção do tratamento ou a necessidade de prosseguir e necessitar comparecer a serviços de saúde em um momento onde o isolamento social era o mais indicado, a vulnerabilidade ao identificar que faziam parte de um dos grupos de risco para o desenvolvimento de formas mais graves da doença acrescenta um fator preocupante e que pode estar vinculado a alterações na percepção de qualidade de vida desses pacientes (LEE *et al.*, 2021b).

3.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

O tratamento antineoplásico bem como o diagnóstico oncológico afetam a qualidade de vida dos pacientes. Segundo a Organização Mundial de Saúde qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esse conceito engloba todas as esferas da vida do ser humano, considerando bem estar físico, mental, espiritual, psicológico e emocional e contempla as relações sociais em que o indivíduo está inserido (PLAUTO, CAVALCANTI, 2019).

O termo qualidade de vida relacionado à saúde (QVRS) é a forma mais utilizada na área da saúde pois engloba as mudanças na percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida correlacionado a condições de saúde, doenças ou tratamentos (SILVEIRA *et al.*, 2021). No que concerne a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes oncológicos é necessário ressaltar os diversos aspectos e alterações que o diagnóstico oncológico e os tratamentos promovem a cada indivíduo. O próprio estigma social do diagnóstico de câncer ainda é muito difundido, sendo para algumas pessoas uma sentença de morte (CAETANO *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2021).

Os tratamentos oncológicos trazem diversas alterações em todo o contexto de vida do paciente, afastamento de suas atividades laborais e consequentes perdas financeiras, aspectos emocionais como aceitação do diagnóstico e desconhecimento do tratamento, alterações na sua imagem corporal, função sexual e funcionamento físico interferem diretamente na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde desse grupo de pacientes (CAETANO *et al.*, 2020; BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020).

Outro fator desencadeante de alterações na percepção da QVRS em pacientes oncológicos são as reações adversas ocasionadas pelos tratamentos. Fadiga, dispneia, náusea, perda de apetite e diarreia são os sintomas mais frequentemente relatados por

pacientes em tratamento oncológico e que impactam na QVRS. No entanto, esse aspecto apresenta melhora ao término do tratamento oncológico (SILVEIRA *et al.*, 2021; BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020).

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal de natureza quantitativa. A análise descritiva tem como objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições de saúde considerando um determinado tempo, lugar e/ou características do indivíduo. Quanto ao delineamento do estudo, os transversais, são utilizados para descrever padrões de doenças na população ou testar relações causais entre uma variável preditora de exposição e as variáveis desfecho, em um dado momento. Já a natureza quantitativa se configura pela necessidade de ordenar os dados obtidos numericamente a fim de proporcionar uma análise estatística dessas informações (DE ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2011).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Napoleão Laureano (HNL), localizado no município de João Pessoa, Paraíba, mantido pela Fundação Napoleão Laureano, uma entidade privada sem fins lucrativos. É um hospital de grande porte referência em oncologia no estado da Paraíba, sendo o único CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) do Estado. Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 741/05, caracteriza-se como CACON o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

Com isso, o HNL atende pacientes de todo o estado da Paraíba com diagnóstico oncológico. Oferece atendimento clínico, ambulatorial e internação. Possui um serviço ambulatorial de consultas e acompanhamento com especialistas (oncologistas e cirurgiões oncológicos), dispensação de medicamentos orais e realização de exames ao auxílio no diagnóstico. Também oferece quimioterapia antineoplásica ambulatorial e para os pacientes que necessitam de internação, radioterapia e cirurgias oncológicas.

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo é composta por todos os pacientes que realizaram teste RT-PCR para Covid-19 no HNL durante o período de março de 2020 a abril de 2022.

A amostra é composta por todos os participantes com dados disponíveis na base de registros de prontuários e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HNL que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão.

Durante o mês de junho e julho de 2022 foi realizado o levantamento dos dados nas 964 fichas de notificação do sistema de informação de vigilância epidemiológica, disponíveis na CCIH. Aplicando os critérios de inclusão e exclusão foram obtidos 819 registros de suspeita de infecção pelo coronavírus, desses 694 correspondiam a registros de paciente com teste RT PCR negativo e 125 de pacientes com teste RT PCR positivo.

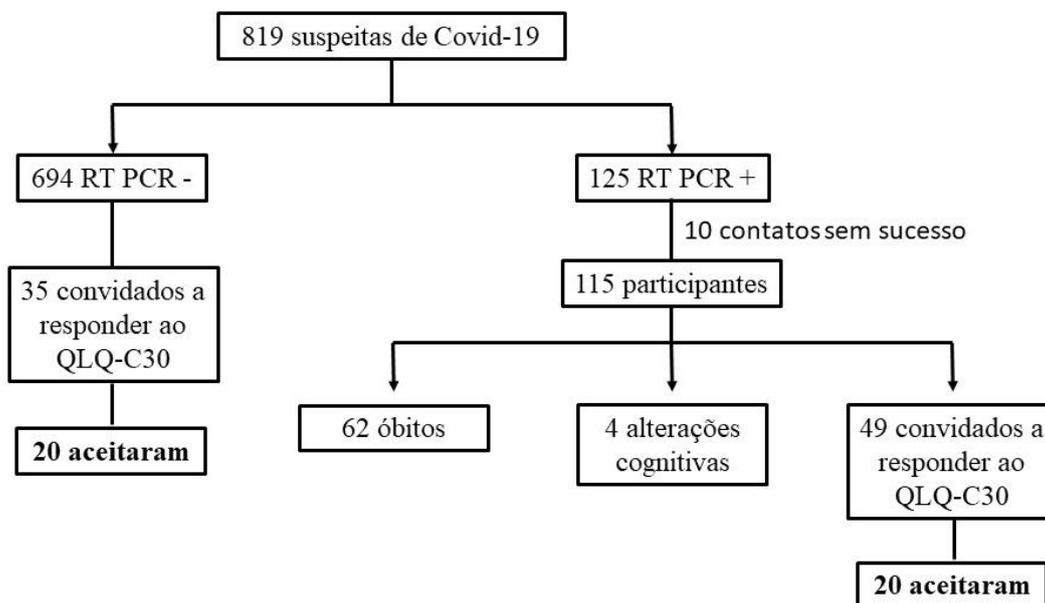
Como o objetivo principal do estudo está relacionado aos pacientes oncológicos que tiveram Covid-19, a coleta de dados foi iniciada por esse grupo. Partindo dos 125 registros de pacientes com teste positivo, foram coletadas as informações dos prontuários.

Partiu-se então para a segunda etapa, que consistiu no recrutamento dos pacientes para aplicação dos questionários via contato telefônico. Nessas etapas, foram identificados 62 óbitos por causas variadas (complicações da infecção por Covid-19, câncer e outras comorbidades). Essas informações foram obtidas através de atestados de óbitos anexados aos prontuários e informações coletadas com os familiares durante o contato telefônico. 4 participantes que apresentavam alteração de memória e/ou cognição também foram excluídos do estudo e não foi possível contato com 10 participantes. Assim foram convidados 49 pacientes para responderem ao questionário de qualidade de vida dos quais, 20 aceitaram.

Com base nisso, partimos para a coleta de dados com os pacientes que o teste RT PCR teve resultado negativo, afim de atingir um número de participantes semelhante ao grupo de participantes com teste positivo. Os participantes primeiro foram convidados a participar do estudo e responder aos questionários. Somente após essa etapa, foram coletados dados em prontuários dos que foram incluídos. Dessa forma, foram convidados 35 participantes até que fosse atingido o número de 20, semelhante aos participantes que tiveram teste positivo.

Algumas dificuldades foram encontradas no decorrer da obtenção da amostra do estudo. Por se tratar de pacientes oncológicos, alguns com doença em estágio avançado ou pessoas com mais idade, tivemos uma perda significativa por óbito. Outros motivos que dificultaram o acesso aos participantes foram: registro de telefone incorreto ou inexistente, contato registrado de terceiros necessitando de encaminhamento do contato correto e recusa de participação no estudo.

Figura 1. Fluxograma de obtenção dos pacientes oncológicos que realizaram teste RT PCR e aceitaram participar do estudo. João Pessoa, 2023.



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão para seleção da população foram: pessoas maiores de 18 anos, que estejam em tratamento oncológico no local do estudo, realizaram teste RT-PCR para Covid-19 durante o período do estudo, serem alfabetizados e capazes cognitivamente de ler e responder os instrumentos de coleta de dados do estudo. Foram excluídos do estudo pessoas que apresentam alguma alteração na cognição, memória ou fala.

4.5. INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

As informações coletadas na CCIH estavam contidas nas fichas de notificação do sistema de informação de vigilância epidemiológica, do Ministério da Saúde, para suspeita de doença pelo CORONAVIRUS 2019 (ANEXO A) e casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizados (ANEXO B). Nessas fichas foi possível coletar 24 questões que englobam informações relacionadas ao perfil sociodemográfico e dados relacionados ao diagnóstico da Covid-19.

Para a coleta de dados nos prontuários, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE A) pela pesquisadora composto por 8 questões que dizem respeito ao

diagnóstico oncológico, tipo de tratamento oncológico, estágio da doença, informações complementares ao diagnóstico de Covid-19 e sua interferência no tratamento oncológico.

Para avaliação da qualidade de vida dos participantes, foi aplicado o QLQ-C30 (ANEXO C), um instrumento composto por 30 questões que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes oncológicos. Para utilização desse instrumento foi necessário obter anuência junto à instituição responsável (ANEXO D).

Para avaliação da ocorrência de síndrome pós-Covid-19, foi aplicado um questionário, elaborado pela pesquisadora, composto por 17 questões relacionadas aos sintomas citados na literatura como os de maior incidência nesse período pós infecção, fornecendo também um campo livre para caso os sintomas citados não satisfizessem a necessidade do participante (APÊNDICE B).

4.5.1 EORTC QLQ-C30 (versão 3.0)

A European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) é uma organização internacional sem fins lucrativos, fundada em 1982 com a finalidade de conduzir, desenvolver, coordenar e estimular pesquisas sobre o câncer. Nesse sentido, em 1980 fundou o Grupo de Qualidade de Vida para desenvolver uma abordagem integrada avaliando esse aspecto nas pesquisas com pacientes oncológicos, assim foi elaborado o QLQ-C30 (AARONSON *et al.*, 1993; FAYERS *et al.*, 2001).

O questionário é disponibilizado, em português brasileiro, pela EORTC gratuitamente para fins acadêmicos. Sua versão em português foi validada por Franceschini *et al* em 2010 e revalidado por Paiva *et al.* em 2014, tendo sido comparado com o instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref), obtendo resultados satisfatórios. (FRANCESCHINI *et al.* 2010; PAIVA *et al.* 2014).

O QLQ-C30 que atualmente está em sua terceira versão, é composto por 30 questões dispostas em cinco escalas funcionais (física, funcional, emocional, cognitiva e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos), uma escala global de saúde e qualidade de vida e itens únicos para avaliação de outros sintomas frequentemente relatados por pacientes oncológicos (dispnéia, perda de apetite, distúrbios do sono,

constipação e diarreia) e para avaliar o impacto financeiro ocasionado pela doença e/ou tratamento (FAYERS *et al.*, 2001).

Todos os itens são pontuados usando uma escala Likert de 4 pontos (nada, pouco, moderadamente e muito), exceto por dois itens na escala de saúde global/QoL que empregam escalas analógicas lineares modificadas de 7 pontos, onde 1 é péssima e 7 é ótima (FAYERS *et al.*, 2001).

Todas as escalas e medidas de item único variam em pontuação de 0 a 100, assim uma pontuação alta na escala representa um nível de resposta mais alto. No entanto, ao interpretar as escalas, é preciso considerar que para a escala global de qualidade de vida e as escalas funcionais pontuações altas implicam em melhor qualidade de vida, enquanto nas escalas de sintomas e de dificuldade financeira, pontuações altas significam maior incidência dos sintomas e mais dificuldade financeira, resultando em pior qualidade de vida (FAYERS *et al.*, 2001).

O cálculo das pontuações utiliza uma escala linear para padronizar a pontuação de afim de que variem de 0 a 100, da seguinte maneira:

Para escalas funcionais:

$$Score = \left\{ 1 - \frac{(RS - 1)}{range} \right\} \times 100$$

Para escalas de sintomas, itens únicos e escala global de saúde/QoL:

$$Score = \left\{ \frac{RS - 1}{range} \right\} \times 100$$

Em que:

- RS: *RawScore* é dado pela média aritmética dos componentes de cada item;
- *range* é o intervalo de itens sendo a diferença entre o valor máximo e o valor mínimo possível para RS.

As especificações de cada escala (número de itens, itens que a compõe, intervalo de itens) devem ser considerados conforme figura 2.

Figura 2. Score QLQ-C30 versão 3.0, adaptado pela autora

	Número de itens	Item range*	Versão 3.0 Número dos itens	Escalas Funcionais
Status Qualidade de Vida/QoL				
Status Global de Qualidade de Vida/QoL (revisada)	2	6	29,30	
Escalas Funcionais				
Função Física	5	3	1 a 5	F
Desempenho de papel	2	3	6, 7	F
Função emocional	4	3	21 a 24	F
Função cognitiva	2	3	20, 25	F
Função social	2	3	26, 27	F
Escalas de sintomas / itens				
Fadiga	3	3	10, 12, 18	
Náusea e vômito	2	3	14, 15	
Dor	2	3	9, 19	
Dispneia	1	3	8	
Insônia	1	3	11	
Falta de apetite	1	3	13	
Constipação	1	3	16	
Diarreia	1	3	17	
Dificuldades financeiras	1	3	28	

**Item range* é a diferença entre o máximo possível e a resposta mínima para itens individuais; a maioria dos itens assume valores de 1 a 4, dando $range=3$

Fonte: FAYERS *et al*, 2001

4.6. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente o projeto elaborado foi submetido ao Centro de Estudos Mário Kroeff (CEMAK), setor responsável pelas pesquisas desenvolvidas no HNL. Após anuência dos setores envolvidos no estudo (CCIH e SAME – Serviço de arquivo médico e estatística), e do Hospital, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para avaliação. Somente após aprovação do CEP a coleta de dados foi iniciada.

A coleta de dados foi iniciada a partir das fichas de notificação da vigilância epidemiológico e nos prontuários e então partiu-se para o recrutamento dos participantes que foram incluídos no estudo.

O recrutamento foi realizado através de contato telefônico com os mesmos convidando-os para participação no estudo através da aplicação dos questionários, primeiramente para participação presencial e em caso de impossibilidade ou por conveniência para o participante, ofertada a modalidade online com o envio do link dos formulários via e-mail ou aplicativo de mensagens.

Afim de atingir o maior número de participantes, as ligações foram realizadas pela pesquisadora diariamente pela manhã e em dias alternados no turno da tarde. Em caso de indisponibilidade via chamada de voz, o contato foi realizado via aplicativo de mensagens (Whatsapp). Para os participantes que optaram pela participação presencial, foi agendada a aplicação do questionário em algum dia que o mesmo já tivesse algum agendamento no hospital (consultas, tratamento). Àqueles que optaram pela modalidade online, foi enviado o link dos formulários e a pesquisadora realizou o monitoramento da resposta, minimizando possíveis esquecimentos.

A partir da coleta dos dados em prontuários e nas fichas, foram eliminadas as variáveis com informações ausentes, restando 46 variáveis (tabela 1) que foram submetidas a análise estatística.

Tabela 1. Caracterização das variáveis incluídas no estudo. João Pessoa, 2023.

	Nome	Descrição	Tipo	Tabulação/ Unidades de medidas
Perfil sociodemográfico	Sexo	Conjunto de características que diferenciam homens e mulheres	Qualitativa nominal	Masculino – 1 Feminino – 2
	Idade	Número de anos vividos	Quantitativa discreta	-----
	Escolaridade	Cumprimento de um determinado ciclo de estudos	Qualitativa ordinal	Sem escolaridade – 0 Fundamental 1º ciclo – 1 Fundamental 2º ciclo – 2 Médio – 3 Superior – 4
	Município de origem	Cidade de procedência do indivíduo	Qualitativa nominal	Municípios do estado da Paraíba citados – 1 a 13
Comorbidades	Presença de comorbidades	Presença de qualquer doença, condição ou estado físico e mental que, em razão da gravidade, podem potencializar os riscos à saúde	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Hipertensão Arterial Sistêmica	Doença caracterizada pelo aumento frequente da pressão arterial acima de 140 por 90 mmHg.	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1

Continua

	Nome	Descrição	Tipo	Tabulação/ Unidades de medidas
Comorbidades	Diabetes Mellitus	Doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Obesidade	Doença caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Cardiopatia	Doenças ou condições médicas capazes de afetar o coração e o sistema vascular	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Etilismo	Incapacidade de controlar a ingestão de álcool devido a dependência física e/ou emocional	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Tabagismo	Incapacidade de controlar o consumo de nicotina devido à dependência física e/ou emocional	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Doença de Parkinson	Distúrbio do sistema nervoso central que afeta os movimentos do indivíduo	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Hipercolesterolemia	Quantidades elevadas de colesterol no sangue	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
Variáveis relacionadas ao câncer	Diagnóstico Oncológico	Diagnóstico que o indivíduo recebe considerando o desenvolvimento de um câncer e sua localização primária	Qualitativa nominal	Tipos de câncer citados – 1 a 17
	Tratamento oncológico no momento atual	Tratamento oncológico que está sendo realizado no momento da coleta de dados	Qualitativa nominal	Sem tratamento – 0 Cirurgia – 1 Quimioterapia – 2 Radioterapia – 3 Hormonioterapia – 4
Variáveis relacionadas à síndrome pós-COVID-19	Teve sintomas pós-COVID-19	Apresentar pelo menos 1 sintoma que permaneceu por mais de 4 semanas após a recuperação da COVID-19	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Fadiga	Sensação de pouca energia que interfere nas atividades diárias	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1

Continua

	Nome	Descrição	Tipo	Tabulação/ Unidades de medidas
Variáveis relacionadas à síndrome pós- COVID-19	Cansaço	Sintoma físico relacionado ao esforço realizado	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Dores musculares	Dor nos músculos	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Alteração na memória	Percepção de episódios de esquecimento	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Falta de concentração	Dificuldade de ter atenção às atividades	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Tontura	Sensação alterada do equilíbrio	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Zumbido	Sensação sonora não relacionada com fonte externa	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Sono prejudicado	Dificuldade de dormir ou manter a qualidade do sono	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Tosse	Expiração repentina, vigorosa e involuntária ocasionada por um processo irritativo	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Falta de ar	Dificuldade de respirar com o ar ambiente	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Perda de olfato	Perda na capacidade de sentir cheiros	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Perda de paladar	Perda na capacidade de sentir gostos	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Ansiedade	Preocupação intensa, excessiva e persistente	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Depressão	Conjunto de condições associadas a elevação ou rebaixamento do humor	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
	Petéquias	Pequenas manchas marrom-arroxeadas na pele	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1
Cefaleia	Sensação dolorosa em qualquer região da cabeça	Qualitativa nominal	Não – 0 Sim – 1	
Qualidade de vida	Qualidade de vida relacionada à saúde	Conjunto de condições que contribuem para o bem estar físico e espiritual dos indivíduos	Qualitativa nominal	Ruim – 0 Boa – 1

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

4.7. ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram organizados em planilhas eletrônicas (*Microsoft Office Excel*®) e em seguida foram codificadas e categorizadas para análise estatística no software *PSPP* versão 1.6.2 (<https://www.gnu.org/software/pspp/>) e o *software* estatístico *R*® (www.r-project.org). Foi realizada análise estatística descritiva dos dados quantitativos através da obtenção de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão), considerando a relação das variáveis qualitativas com as variáveis quantitativas. Para as variáveis quantitativas, utilizou-se a distribuição de frequência absoluta e relativa.

Para avaliação da variável qualidade de vida, foi aplicado um modelo de Regressão Logística Binária, no software *R*® - pacotes *Foreign* e *pROC* - em que todas as variáveis de base foram adicionadas ao modelo e ao final, àquelas cujos p-valores apresentaram valores menores ou igual a 0,2 foram incluídas no modelo.

Para avaliação das variáveis que apresentaram impacto sobre qualidade de vida dos pacientes oncológicos que tiveram Covid-19, foi aplicado a medida do *Information Value* (IV), utilizando o Peso da Evidência (*Weight of Evidence* - WOE) – pacote *Information*.

4.7.1 Regressão Logística Binária

A Teoria de Regressão estuda as relações entre variáveis dentro de um sistema incerto. A análise de regressão é um método estatístico que pode ser utilizado em diversas situações, como examinar associações entre um resultado e várias variáveis independentes ou ainda determinar quão bem um resultado é previsto a partir de um conjunto de variáveis independentes (ARANGO, 2009).

Em virtude disso, é um método valioso e bastante aplicável em diferentes contextos de estudos como estudos para avaliação de mercado, intenção de voto, avaliação de crédito e estudos na área da saúde (MESQUITA, 2014).

Existem diferentes tipos de regressão utilizados para atingir diferentes objetivos de estudo. A regressão linear simples é a mais utilizada e analisa os resultados contínuos assumindo que a relação entre o resultado e suas variáveis segue uma linha reta (STOLTZFUS, 2011).

No entanto, a regressão linear em alguns casos não será apropriada, como por exemplo para analisar um evento binário. Para tanto, utiliza-se a regressão logística. Amplamente utilizada na área da saúde, o modelo de regressão logística ganhou notoriedade após sua aplicação em um estudo realizado por Truet, Cornfield e Kennel, em um projeto denominado “*Framingham heart study*” que analisou o risco de doença coronária, em 1967 (BITTENCOURT, 2003).

Desde então diversos estudos vem utilizando esse modelo para prever probabilidades como em um estudo realizado por Lucena (2013) para prever a necessidade de reabilitação em pacientes com acidente vascular encefálico e Bezerra (2012) para verificar a probabilidade de óbito em uma unidade de terapia intensiva.

Esse modelo permite analisar uma ou múltiplas variáveis independentes (preditoras) em relação à variável dependente binária ou dicotômica (desfecho) (viver ou morrer, ter uma doença ou não ter uma doença) (BITTENCOURT, 2003).

Assim, na regressão logística as variáveis devem assumir um resultado binário expresso como uma probabilidade que deve estar entre 0 e 1, assim a equação da função logística é dada por:

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

Em que:

- p é a probabilidade de ocorrência de um determinado evento de interesse
- $\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$ é a equação de regressão linear para as variáveis independentes no modelo.
- β_0 é a interceptação, ou o ponto no qual a linha de regressão toca o eixo Y vertical, e é considerado um valor constante.
- $\beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$ é o valor de cada variável independente (X_i) ponderada pelo seu respectivo coeficiente beta (β).

Os coeficientes beta fornecem a inclinação da linha de regressão ou quanto o resultado aumenta para cada aumento de 1 unidade no valor da variável independente. Quanto maior o coeficiente beta, mais fortemente sua variável independente correspondente contribui para o resultado (STOLTZFUS, 2011).

E a escala logit (ln) é utilizada afim de que a expressão do resultado final atenda aos parâmetros básicos do modelo de regressão logística, em que o resultado deve ser expresso como uma probabilidade que deve estar entre 0 e 1 (STOLTZFUS, 2011).

Após a construção do modelo de regressão logística é necessário medir quão bem o modelo se ajusta aos dados. O Teste de Hosmer-Lemeshow realiza essa medida dividindo os indivíduos em grupos iguais, geralmente de 10 e mede a correspondência dos valores efetivos e previstos da variável dependente (STOLTZFUS, 2011).

Outra forma de avaliar o ajuste do modelo, é através da medida da capacidade do modelo em discriminar entre os grupos. Essa medida pode ser feita através da área sob a curva ROC (AUC ROC) onde um valor de 0,5 significa que o modelo não é melhor do que a chance aleatória de discriminar entre os sujeitos que têm o resultado versus aqueles que não o fazem, e 1,0 indica que o modelo discrimina perfeitamente entre os sujeitos (STOLTZFUS, 2011).

4.7.2 Peso da Evidência (*Weight of Evidence - WoE*)

Peso da evidência descreve a relação entre uma variável preditiva e a variável binária alvo, ele é dado em função de um modelo estatístico e o ajuste do modelo fornece uma medida chamada de *Information Value* (IV). Utilizadas em conjunto essas medidas avaliam as chances de predição de diversas variáveis em relação ao desfecho, conseguem evidenciar as variáveis independentes que tem maior poder de predição sobre a variável alvo e diminuir as variáveis que tem pouco ou nenhum valor de predição (WEED, 2005).

De acordo com Siddiqi (2012), os valores de classificação dessa medida indicam o seguinte:

Se $IV < 0,02$: não preditivo;

Se $0,02 \leq IV < 0,1$: fraca

Se $0,1 \leq IV < 0,3$: forte (ou média)

Se $IV \geq 0,3$: muito forte (suspeita).

Essas medidas são comumente utilizadas na teoria da informação, no entanto alguns trabalhos demonstram que esses conceitos podem ser bastante úteis quando utilizado às ciências da saúde. Carneiro (2019) utilizou essa medida para verificar as variáveis com maior predição em relação à qualidade de vida de adolescentes e adultos vivendo com HIV/aids e Olegário (2019) aplicou o modelo e verificou que histórico de

hipertensão arterial crônica foi um fator de predição forte para desenvolvimento de hipertensão na gestação.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitados os princípios éticos que estão previstos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e Carta Circular. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS-UFPB) e aprovado conforme parecer consubstanciado número 5.440.128 (ANEXO E).

A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do projeto pelo CEP. Foram garantidos aos sujeitos pesquisados total anonimato, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Entende-se que o estudo em questão apresenta riscos relacionados à aplicação dos questionários presencialmente, ocasionando algum desconforto emocional ou psicológico, para tanto o questionário foi entregue ao participante e o pesquisador se afastou no momento do preenchimento, ficando a disposição para quaisquer dúvidas. Também foi oferecido ao participante a possibilidade de participar do estudo à distância através do preenchimento dos questionários de maneira virtual.

Além disso, para evitar a possibilidade de vazamento involuntário das informações contidas no prontuário para terceiros, a coleta de dados foi realizada em ambiente reservado apenas pela pesquisadora responsável pelo trabalho, não havendo o compartilhamento do material ou das informações coletadas com terceiros não autorizados pelo comitê de ética. Vale salientar também que não foram realizados procedimentos clínicos, nem estudos experimentais que envolvam substâncias ativas ou inertes.

5. RESULTADOS

Considerando os objetivos propostos pelo estudo, foi traçado o perfil sociodemográfico dos participantes dividindo-os conforme os grupos: participantes que tiveram teste RT PCR positivo - covid (+) - e participantes que tiveram teste RT PCR negativo - covid (-). Os resultados obtidos estão demonstrados nas tabelas 2, 3 e 4.

A tabela 2 compara as idades dos dois grupos, observando que a média de idade para os participantes do grupo com covid foi de $56,5 \pm 14,44$ anos e para o grupo sem covid foi de $55,9 \pm 15,64$ anos. Além disso, foi calculado também o intervalo de confiança para a diferença entre essas médias. Por esse cálculo, foi verificado que o IC para essa diferença foi o seguinte: -9,36 e 10,57, o que também fornece evidência, ao nível de 95%, de que estatisticamente as médias dessa variável para ambos os grupos são iguais.

Tabela 2. Média e desvio padrão da idade dos participantes do estudo, segundo a ocorrência da infecção por Covid-19. João Pessoa, 2023.

	Idade						
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	I.C. p/ escala (95%)	
						LI	LS
Covid +	30	93	56,5	14,45	25,57	-49,47	63,26
Covid -	31	84	55,9	15,64	27,98	-48,58	63,22

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A tabela 3 demonstra as variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico. Com relação ao sexo, em ambos os grupos sexo feminino apresentou maior prevalência representando 70% (14) dos participantes do grupo com covid e 90% (18) dos participantes do grupo sem covid.

No tocante ao nível de escolaridade, para os representantes do grupo covid (+) 40% (8) haviam completado o 1º ciclo do ensino fundamental, seguido por 30% (6) ensino médio, 25% (5) ensino superior e 5% (1) 2º ciclo do ensino fundamental. Já os representantes do grupo covid (-) 50% (10) completaram o ensino médio, 35% (7) o 2º ciclo do ensino fundamental, 10% (2) o 1º ciclo do ensino fundamental e 5% (1) completaram o ensino superior.

Em relação ao município de origem, 70% (14) dos participantes no grupo covid (+) e 85% (17) no grupo covid (-) são provenientes do município de João Pessoa, cidade onde o hospital de realização do estudo fica localizado.

A presença de comorbidades também foi considerada. 40% (8) dos participantes do grupo covid (+) relataram alguma comorbidade enquanto no grupo covid (-) a presença de comorbidades ocorreu em 60% (12) dos participantes. As comorbidades mais citadas foram hipertensão, 20% (4) no grupo covid (+) e 50% (10) no grupo covid (-), obesidade 10% (2) e 25% (5) respectivamente e diabetes, 15% (3) em cada grupo. Outras comorbidades citadas foram cardiopatia 10% (2), doença de Parkinson 5% (1) e hipercolesterolemia 5% (1), em ambos os grupos.

Tabela 3. Distribuição de frequência do perfil sociodemográfico de pacientes oncológicos, segundo a ocorrência da infecção por Covid-19. João Pessoa, 2023.

Variáveis	Covid +		Covid -		
	Frequência absoluta (f)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (f)	Frequência relativa (%)	
Sexo	Masculino	6	30%	2	10%
	Feminino	14	70%	18	90%
Escolaridade	Fundamental - 1º Ciclo	8	40%	2	10%
	Fundamental - 2º Ciclo	1	5%	7	35%
	Médio	6	30%	10	50%
	Superior	5	25%	1	5%
Município de origem	João Pessoa	14	70%	17	85%
	Campina Grande	1	5%	1	5%
	Santa Rita	1	5%	2	10%
	Cabedelo	1	5%	0	0
	Ouro Velho	1	5%	0	0
	São Domingos	1	5%	0	0
	Itabaiana	1	5%	0	0
Presença de comorbidades	Sim	8	40%	12	60%
	Não	12	60%	8	40%
Hipertensão arterial	Sim	4	20%	10	50%
	Não	16	80%	10	50%
Obesidade	Sim	2	10%	5	25%
	Não	18	90%	15	75%
Diabetes	Sim	3	15%	3	15%
	Não	17	65%	17	65%
Cardiopatia	Sim	2	10%	2	10%
	Não	18	90%	18	90%
Tabagismo	Sim	2	10%	0	0
	Não	18	90%	20	100%
Doença de Parkinson	Sim	1	5%	1	5%
	Não	19	95%	19	95%
Hipercolesterolemia	Sim	1	5%	1	5%
	Não	19	95%	19	95%
Etilismo	Sim	1	5%	0	0
	Não	19	95%	20	100%

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Com relação ao diagnóstico oncológico (tabela 4), o presente estudo demonstrou que o câncer de mama foi o tipo de câncer mais incidente nos dois grupos com 50% (10) para o grupo covid (+) e 55% (11) para o grupo covid (-). Já considerando o tratamento oncológico no momento da aplicação dos questionários, para o grupo covid (+) 40% (8) estavam em quimioterapia, 35% (7) em hormonioterapia, 5% (1) havia realizado cirurgia recente e 20% (4) estavam sem tratamento, apenas em seguimento. Já para o grupo covid (-), 45% (9) estavam em quimioterapia, 40% (8) estavam sem tratamento, 10% (2) em hormonioterapia e 5% (1) havia realizado cirurgia recente. Não houve registros de pacientes em tratamento com radioterapia.

Tabela 4. Distribuição de frequências do diagnóstico oncológico e tipo de tratamento oncológico atual, segundo a ocorrência da infecção por Covid-19. João Pessoa, 2023.

Variáveis		Covid +		Covid -		
		Frequência absoluta (f)	Frequência relativa(%)	Frequência absoluta (f)	Frequência relativa(%)	
Diagnóstico oncológico do paciente	Câncer de mama	10	50%	11	55%	
	Câncer de próstata	3	15%	1	5%	
	Câncer de reto	1	5%	0	0%	
	Mieloma Múltiplo	1	5%	0	0%	
	Leucemia mieloide aguda	1	5%	0	0%	
	Leucemia mieloide crônica	1	5%	2	10%	
	Leucemia linfoide aguda	1	5%	1	5%	
	Câncer de laringe	1	5%	0	0%	
	Câncer gástrico	1	5%	1	5%	
	Câncer de colo de útero	0	0%	2	10%	
	Câncer de tireoide	0	0%	2	10%	
	Tratamento oncológico atual	Sem tratamento	4	20%	8	40%
		Cirurgia	1	5%	1	5%
Quimioterapia		8	40%	9	45%	
Hormonioterapia		7	35%	2	10%	

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Quanto a avaliação da qualidade de vida dos participantes do estudo pelo instrumento EORTC QLQ-C30, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos, para o intervalo de confiança de 95% (tabelas 5 e 6). Ainda assim, é importante observar que os pacientes oncológicos que não tiveram Covid-19 apresentaram maior pontuação na escala global de qualidade de vida e nas escalas funcionais desempenho de papel, emocional e social, valores mais altos nessas escalas

implicam em melhor qualidade. Enquanto isso os pacientes oncológicos que tiveram Covid-19 apresentaram maiores pontuações nas escalas de sintomas de fadiga, náusea, dor, insônia, diarreia e a escala de dificuldade financeira, valores mais altos nessas escalas implicam em pior qualidade de vida.

Em virtude da ausência de diferença estatisticamente significativa ao comparar a escala global de qualidade de vida (EQV), optou-se por tornar essa variável em uma variável binária considerando a divisão dos dados por quartis. Assim, definiu-se como qualidade de vida baixa os valores menores que 75,0 (1º ao 3º quartil) e qualidade de vida alta para valores maiores ou iguais a 75,0 (4º quartil) conforme demonstrado na tabela 7. Dessa forma foi possível observar que 60% (12) dos participantes pertencentes ao grupo covid (+) tiveram valores menores que 75,0 enquanto 65% (13) dos participantes pertencentes ao grupo covid (-) tiveram valores maiores ou iguais a 75,0.

Tabela 5. Média e desvio padrão das escalas do instrumento EORTC QLQ-C30, de pacientes oncológicos que tiveram Covid-19. João Pessoa, 2023.

Covid +					
Variável	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	I.C. p/ escala (95%)	
				LI	LS
Escala Global Qualidade de Vida (EQV)	65,83	24,91	37,84	54,17	77,49
Escalas Funcionais					
Função física	64,00	21,35	33,36	54,01	73,99
Desempenho de papel	64,17	39,84	62,09	45,52	82,81
Função emocional	64,17	32,12	50,05	49,14	79,20
Função cognitiva	76,67	23,20	30,26	65,81	87,52
Função Social	66,67	25,36	38,04	54,80	78,54
Escalas de sintomas					
Fadiga	45,56	33,99	74,60	29,65	61,46
Náuseas/vômitos	16,67	22,30	133,77	6,23	27,10
Dor	48,33	31,02	64,18	33,82	62,85
Dispneia	6,67	13,68	205,10	0,26	13,07
Insônia	41,67	35,66	85,58	24,98	58,36
Falta de apetite	31,67	39,70	125,36	13,09	50,25
Constipação	21,67	32,94	152,01	6,25	37,08
Diarreia	15,00	31,48	209,87	0,27	29,73
Dificuldade financeira	65,00	41,15	63,31	45,74	84,26

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Tabela 6. Média e desvio padrão das escalas do instrumento EORTC QLQ-C30, de pacientes oncológicos que não tiveram Covid-19. João Pessoa, 2023.

Covid -					
	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	I.C. p/ escala (95%)	
				LI	LS
Escala Global Qualidade de Vida	79,58	17,41	21,88	71,43	87,73
Escalas Funcionais					
Função física	59,17	37,65	63,63	41,55	76,79
Desempenho de papel	68,33	27,65	40,47	55,39	81,27
Função emocional	70,00	28,41	40,59	56,70	83,30
Função cognitiva	71,67	18,81	26,25	62,86	80,47
Função Social	79,58	17,41	21,88	71,43	87,73
Escalas de sintomas					
Fadiga	34,44	23,05	66,93	23,65	45,23
Náuseas/vômitos	13,33	22,03	165,27	3,02	23,64
Dor	30,83	37,57	121,86	13,25	48,42
Dispneia	20,00	31,34	156,70	5,33	34,67
Insônia	38,33	37,89	98,85	20,60	56,07
Falta de apetite	30,00	32,26	107,53	14,90	45,10
Constipação	43,33	46,01	106,19	21,80	64,87
Diarreia	11,67	22,36	191,60	1,20	22,13
Dificuldade financeira	38,33	32,94	85,94	22,92	53,75

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Tabela 7. Distribuição de frequência da variável QV binária, segundo a ocorrência da infecção por Covid-19.

Qualidade de vida (QV)	Covid +		Covid -	
	Frequência relativa (f)	Frequência absoluta (%)	Frequência relativa (f)	Frequência absoluta (%)
< 75,0	12	60%	7	35%
≥ 75,0	8	40%	13	65%

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Afim de comparar a qualidade de vida entre os dois grupos e verificar a influência da infecção por Covid-19 na qualidade de vida dos indivíduos foi proposto um modelo de Regressão Logística (Quadro 1) para o desfecho Qualidade de Vida (QV) utilizando a variável dicotomizada.

O modelo estimado demonstrou evidências de que ter tido Covid-19, ter alguma comorbidade e a pontuação da escala emocional podem influenciar no desfecho considerado. Esse modelo apresentou p-valor no Teste de Hosmer-Lemeshow de 0,828, demonstrando adequação do modelo uma vez o teste considera adequados valores $> 0,05$, e um percentual de acerto de 77,5%.

Quadro 1. Ajuste do modelo de regressão logística para o desfecho Qualidade de Vida em pacientes oncológicos. João Pessoa, 2023.

Variável	Estimativa do coeficiente	p-valor	OR	Classificação
Covid +	-1,8028	0,0209*	0,164	Fator de risco (diminuição da chance de ter qualidade de vida alta)
Presença comorbidade	-1,5259	0,0288*	0,217	Fator de risco (diminuição da chance de ter qualidade de vida alta)
Escala emocional	0,0288	0,0031*	1,029	Fator de proteção (aumento da chance de ter qualidade de vida alta)

*Valores indicam significância estatística ao nível de 95% ($p < 0,05$)

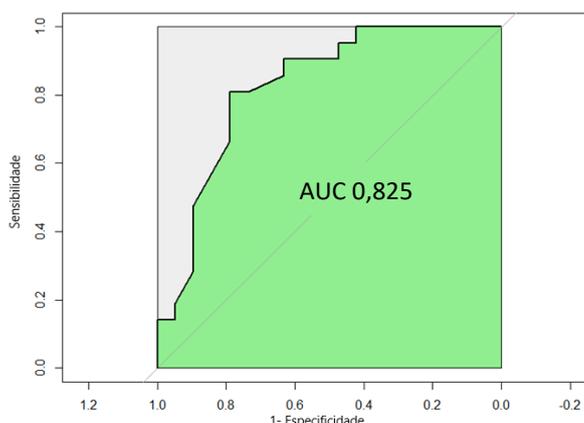
De acordo com o modelo, os indivíduos que tiveram Covid-19 tem 83,6% menos chance ($1 - 0,164$) de apresentar escores de QV acima de 75,0 quando comparados com indivíduos que não tiveram Covid-19.

Os indivíduos que tem alguma comorbidade tem 78,3% menos chance ($1 - 0,217$) de apresentar escores de QV acima de 75,0 quando comparados com indivíduos que não tem nenhuma comorbidade.

O modelo também demonstrou que a cada aumento de 1 ponto nos valores da Escala Emocional, há evidência de aumento 2,9% na chance de ter escores de QV acima de 75,0.

A figura 3 mostra a curva ROC obtida para o modelo proposto com área sob a curva ROC de 0,825. Considerando que o valor obtido é superior a 0,5, rejeita-se a hipótese nula de inadequação do modelo de regressão logística. A acurácia do modelo proposto foi de 78% com sensibilidade de 73,7% e especificidade de 80,9%.

Figura 3. Curva ROC do modelo de Regressão Logística para o desfecho Qualidade de Vida.



Fonte:Elaborado pela autora (2023)

Para investigação da ocorrência da síndrome pós-Covid-19, no grupo que apresentou a infecção por Covid-19, foi possível verificar que 70% (14) dos participantes apresentaram algum sintoma que permaneceu após a recuperação da infecção. Considerando que a permanência de sintomas por mais de 4 semanas após a recuperação da infecção por covid-19 pode ser caracterizada como síndrome pós-Covid-19 ou covid longa, 60% (12) dos participantes informaram que os sintomas apresentados permaneceram por mais de 4 semanas.

Os sintomas mais relatados foram tosse 30% (6), dores musculares 30% (6), perda do paladar 25% (5), alteração de memória 25% (5), falta de concentração 20% (4), ansiedade 20% (4), perda do olfato 20% (4) e cansaço 20% (4) (tabela 8).

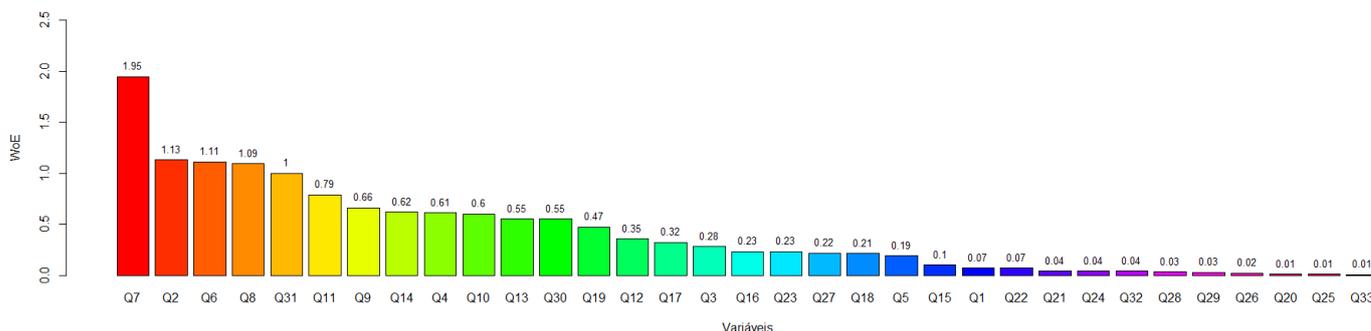
Tabela 8. Distribuição de frequência das queixas pós-Covid em pacientes oncológicos. João Pessoa, 2023.

Variáveis	Frequência absoluta (f)	Frequência relativa (%)
Presença de queixas pós-Covid por mais de 4 semanas	12	60%
Tosse	6	30%
Dores musculares	6	30%
Perda do paladar	5	25%
Alteração de memória	5	25%
Falta de concentração	4	20%
Ansiedade	4	20%
Perda do olfato	4	20%
Cansaço	4	20%
Fadiga	3	15%
Tontura	3	15%
Sono prejudicado	3	15%
Falta de ar	2	10%
Zumbido	1	5%
Depressão	1	5%
Petéquias	1	5%
Cefaleia	1	5%

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Com relação aos fatores que influenciaram a qualidade de vida dos participantes que tiveram Covid-19, os valores de *Information Value* (IV) demonstrados na figura 4 apresentam os fatores de acordo com o valor de predição.

Figura 4. Análise do IV dos indivíduos que tiveram Covid-19 para Qualidade de Vida.



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

De acordo com a predição do IV, a variável escala desempenho de papel (Q7) se mostrou como sendo a variável de maior peso de evidência para explicar o desfecho QV. Outras variáveis foram classificadas como influência muito forte ($IV \geq 0,3$) são elas: escolaridade (Q2), escala física (Q6), escala social (Q8), perda do paladar pós-Covid-19 (Q31), escala de náusea e vômito (Q11), escala cognitiva (Q9), escala de insônia (Q14), tratamento atual (Q4), escala de fadiga (Q10), escala de dispneia (Q13), perda do olfato pós-Covid-19 (Q30), presença de sintomas pós-Covid-19 (Q19), escala de dor (Q12) e escala de dificuldade financeira (Q17).

As variáveis classificadas como peso forte ($0,1 \leq IV < 0,3$) foram: diagnóstico oncológico (Q3), escala de diarreia (Q16), alteração de memória pós-Covid-19 (Q23), sono prejudicado pós-Covid-19 (Q27), escala de falta de apetite (Q18), escala emocional (Q5) e escala constipação (Q15).

As variáveis classificadas como fracas ($0,02 \leq IV < 0,1$) foram: sexo (Q1), dores musculares pós-Covid-19 (Q22), cansaço pós-Covid-19 (Q21), falta de concentração pós-Covid-19 (Q24), ansiedade pós-Covid-19 (Q32), tosse pós-Covid-19 (Q28), falta de ar pós-Covid-19 (Q29) e zumbido pós-Covid-19 (Q26).

As variáveis fadiga pós-Covid-19 (Q20), tontura pós-Covid-19 (Q25) e depressão pós-Covid-19 (Q33) foram classificadas como não preditivas ($IV < 0,02$).

6. DISCUSSÃO

A história da pandemia da Covid-19 é marcada pela observação dos principais fatores relacionados ao desenvolvimento de suas formas mais graves e óbito. O presente estudo trata com indivíduos que tem um diagnóstico oncológico, que tiveram a infecção por Covid-19 e que sobreviveram, assim a nossa análise será em relação a essa condição.

A média de idade para os pacientes oncológicos que tiveram Covid-19 foi de 56,5 \pm 14,44 anos. Um estudo multicêntrico realizado com pacientes oncológicos que tiveram Covid-19, mostrou que os pacientes entre 57 e 74 anos tiveram uma maior taxa de sobrevivência (LEE et al, 2021a). Aliado a isso dados da OMS mostram que a mortalidade por sexo é maior em homens do que em mulheres, o que pode explicar o fato de 70% dos participantes do estudo serem do sexo feminino.

Quanto a presença de comorbidades, as mais incidentes foram hipertensão, diabetes, obesidade e cardiopatia, assim como demonstrado por Lee *et al* (2021a), em que as comorbidades mais incidentes nos pacientes oncológicos que sobreviveram à Covid-19 foram doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes e hipertensão.

Ao considerar os níveis de escolaridade com relação à incidência da Covid-19, 40% dos pacientes que tiveram Covid-19 haviam cursado apenas o 1º ciclo do ensino fundamental, fato esse corroborado por estudos que demonstram que o maior número de casos de Covid-19 está relacionado a indivíduos que cursaram o ensino fundamental e médio e em menor grau em indivíduos sem escolaridade ou com maiores graus de escolaridade, como ensino superior (PEREIRA et al, 2023).

A elevada participação das mulheres nesse estudo pode estar refletindo no tipo de câncer mais relatado. Estimativas do Instituto Nacional do Câncer (2023) apontam que, excetuando-se os casos de tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente nas mulheres com uma expectativa de mais de 73 mil novos casos a cada ano. Da mesma maneira, no presente estudo o câncer de mama representou 50% dos participantes.

O principal objetivo desse estudo foi avaliar aspectos relacionados à qualidade de vida em pacientes oncológicos que tiveram Covid-19. A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes oncológicos vem se tornando cada vez mais importante considerando todos os aspectos que o diagnóstico oncológico engloba. A QVRS está

relacionada a alterações na percepção do indivíduo acerca do seu estado funcional e fatores sociais em decorrência de uma doença ou agravamento (FREIRE *et al*, 2014).

Estudos apontam que diversos aspectos relacionados a qualidade de vida podem estar alterados em pacientes oncológicos. A exposição aos tratamentos antineoplásicos, as alterações em suas atividades de vida diárias, o afastamento das suas funções na sociedade, tem sido fatores desencadeantes de menores escores de qualidade de vida (FIRKINS *et al*, 2020; FERREIRA *et al*, 2015).

Da mesma forma, a pandemia da Covid-19 e a infecção pelo Sars-Cov-2 geraram impacto sobre a qualidade dos indivíduos. Com base nisso, o estudo buscou compreender como a Covid-19 pode ter impactado a QVRS de pacientes oncológicos. Ao comparar dois grupos de pacientes oncológicos, foi possível identificar 3 fatores que impactaram na qualidade de vida desses pacientes: a infecção por Covid-19, a presença de comorbidades e os escores da escala emocional.

No início da pandemia da Covid-19 o isolamento social e o medo da infecção pelo Covid-19 e suas complicações, pouco conhecidas à época, foram fatores de impacto para grande parte da população mundial. Para os pacientes oncológicos, outros fatores também foram considerados como os riscos aumentados de desenvolvimento das formas mais graves da doença, incertezas a respeito do seguimento do tratamento oncológico, e até mesmo perdas financeiras, impactaram na percepção de qualidade de vida para essa população (AL-QUTEIMAT; AMER, 2020).

Com o passar do tempo, os sintomas ocasionados durante a infecção na sua forma aguda e as complicações à longo prazo passaram a versar entre os fatores que impactam a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela Covid-19 (POUDEL *et al*, 2021). No presente estudo, os indivíduos que tiveram Covid-19 apresentaram 83,6% menos chances de apresentar escores de qualidade de vida acima de 75,0. Estudos mostram que pacientes que tiveram Covid-19 apresentaram escores de QV que variavam entre 60,4 e 86,4 onde maiores pontuações mostram uma melhor qualidade de vida (POUDEL *et al*, 2021).

A percepção da qualidade de vida envolve diversos aspectos e pode ser afetada por muitos fatores, assim uma possível explicação para menores valores em relação a qualidade de vida é que a Covid-19 pode resultar em transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (MALIK *et al*, 2022).

O TEPT é caracterizado como reações disfuncionais intensas após a exposição a uma situação extremamente traumática. Em um estudo que acompanhou 238 pacientes hospitalizados por Covid-19 mostrou que 17,2% dos pacientes apresentaram sintomas de

TEPT, ocasionado pelas altas taxas de mortalidade em pacientes com comorbidades e juntamente a isso a necessidade de isolamento durante a infecção impossibilitando os indivíduos a terem contato com seus entes nos momentos de maior angústia (MALIK *et al*, 2022; BELLAN *et al*, 2021).

Um estudo realizado por Daugherty *et al* (2021) mostrou que até 60% da população geral podem apresentar sintomas de longa duração após a recuperação da infecção pelo Sars-Cov-2. Da mesma forma, no Brasil, um estudo longitudinal que acompanhou 646 pacientes por 14 meses revelou a incidência de síndrome pós-Covid-19 em 50,2% dos participantes (MIRANDA *et al*, 2022).

Já no que diz respeito a incidência da síndrome pós-Covid-19 em pacientes oncológicos, um estudo multicêntrico que acompanhou 1557 pacientes oncológicos que tiveram Covid-19 mostrou que 15% dos participantes relataram a permanência de pelo menos um sintoma (PINATO *et al*, 2021). Nesse estudo, 60% dos participantes que tiveram Covid-19 relataram algum sintoma caracterizado como covid longa ou síndrome pós-Covid-19.

Com relação à qualidade de vida de pacientes que apresentaram covid longa, uma meta-análise realizada por Malik *et al* (2022) mostrou que 58% dos pacientes com covid longa relataram qualidade de vida ruim, com prevalência agrupada que variou de 42 a 75, em uma escala de 0 a 100.

A persistência de sintomas pós-Covid-19 resulta em uma menor probabilidade de realização das atividades de vida diárias e pode resultar em uma chance 6 a 7 vezes maior em descrever alguma dificuldade. Esses sintomas tem um impacto importante no estado de saúde geral, físico e mental, funcionamento social e qualidade de vida (JACOBS *et al*, 2022).

Os principais sintomas relatados como covid longa foram tosse, dores musculares, perda do olfato e alteração de concentração e memória. Esses dados são corroborados pela literatura, em que mais de 50% dos pacientes que tiveram Covid-19 podem apresentar covid longa tendo como principais sintomas fadiga, tosse persistente, dispneia, perda do olfato/paladar e dores musculares. Além disso, a ocorrência de dor muscular persistente está relacionada a mais relatos de saúde física ruim (MIRANDA *et al*, 2022; JACOBS *et al*, 2020).

Ao avaliar os fatores que podem ter influenciado na QVRS dos pacientes oncológicos que tiveram Covid-19, percebemos que a escala de desempenho de papel foi apresentada como fator de predição mais forte. Em relação as escalas funcionais, as

escalas física, social e cognitiva também versaram entre as variáveis com maior fator de predição.

A capacidade de desenvolver suas atividades de vida diária, desempenhar suas funções na sociedade representam um fator de impacto significativo sobre a vida dos indivíduos. Em uma comparação entre pacientes oncológicos e a população geral, foi possível identificar que os escores de funcionamento físico (limitações na realização de exercícios físicos), desempenho de papel (redução da dedicação de tempo e/ou dificuldade na execução das atividades diárias e trabalho) e limitação do papel emocional, apresentaram diferenças estatisticamente e clinicamente significativas (ANNUNZIATA *et al*, 2018).

Assim também a ocorrência de sintomas pós-Covid-19 35 dias após a recuperação da infecção limitaram a realização de atividades físicas como caminhar, subir escadas, andar rápido, carregar peso, bem como dificuldades em retornar ao trabalho ou abrir mão de atividades sociais em detrimento do trabalho em função da sua capacidade alterada (WURZ *et al*, 2022; JACOBS *et al*, 2020).

Fatores como presença de sintomas pós-Covid-19, perda do olfato e paladar pós-Covid-19 também foram identificados como de predição muito forte. Alterações no olfato e paladar são queixas comumente apresentadas por pacientes com Covid-19, em alguns casos sendo um dos primeiros sintomas a sinalizarem o início da infecção (MASTRANGELO *et al*, 2021).

Uma meta-análise que agrupou 24 estudos com dados de 8438 pacientes evidenciou que as proporções para perda de olfato e perda e paladar foram de 41,0% e 38,2% respectivamente (AGYEMAN *et al*, 2020). Ademais, esses sintomas são mais comuns nas infecções pelo Sars-Cov-2 do que em outras infecções do trato respiratório e podem desaparecer após alguns dias do início da infecção ou permanecer por muito tempo (MASTRANGELO *et al*, 2021).

O paladar e o olfato desempenham um importante papel na seleção da dieta e hábitos de vida, podendo causar impactos sobre a qualidade de vida de indivíduos com distúrbios nessas funções. Em um estudo realizado com 102 pacientes com perda de olfato por diversas causas, mostrou que esses pacientes reportaram mais sintomas relacionados à ansiedade e depressão (SANTOS *et al*, 2021; CROY *et al*, 2014).

O nível de escolaridade também se apresentou como um fator de predição muito forte para qualidade de vida. Níveis mais elevados de escolaridade pressupõe mais acesso a informações, melhor compreensão de orientações, além de proporcionar mais acesso

aos cuidados de saúde em geral (FREIRE *et al*, 2018). Dessa maneira, indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados podem apresentar melhores escores de QVRS.

O presente estudo também traz achados sobre a influência da presença de comorbidades e as questões emocionais na qualidade de vida de pacientes oncológicos em geral.

Os indivíduos que apresentaram alguma comorbidade tiveram 78,3% menos chance de apresentar escores de QV altos quando comparados aos indivíduos sem comorbidades. O envelhecimento da população em geral traz consigo maior incidência de diversos problemas de saúde, especialmente as doenças crônicas e câncer. Esse estudo partiu de uma amostra que já apresentava uma comorbidade como condição indispensável para inclusão na amostra, aliado a isso a idade dos participantes proporcionou a presença de outras comorbidades associadas.

Desde o início da pandemia da Covid-19, a presença de comorbidades foi considerada como um fator de risco para a infecção pelo Sars-Cov-2, onde 60 a 90% dos pacientes que necessitaram de hospitalização devido a Covid-19 apresentavam alguma comorbidade (WIERSINGA *et al*, 2020).

Assim, esse fator pode ter impactado na QVRS uma vez que traz incertezas maiores acerca do percurso da doença. Em um estudo que recrutou 3947 pacientes foi evidenciado que os indivíduos que tinham alguma comorbidade apresentavam menores valores no escore QVRS, quando comparados àqueles sem comorbidades (*et al*, 2020).

Em se tratando do domínio emocional do questionário de QV, aumentos na escala emocional apresentaram aumentos significativos na escala de qualidade de vida global. O aspecto emocional é extremamente importante para o paciente oncológico durante todo o percurso do seu tratamento. Os transtornos psicológicos podem afetar em torno de 40% da população de pacientes oncológicos (LEWANDOWSKA *et al*, 2020; NGUYEN *et al*, 2020). Alteração nesses aspectos como ansiedade, depressão, transtornos de humor podem afetar negativamente a percepção da QVRS desses sujeitos. Por outro lado, o apoio familiar, especialmente dos cônjuges e a manutenção de suas relações sociais impactam positivamente na sua QVRS (LEWANDOWASKA *et al*, 2020).

Este estudo apresentou algumas limitações são elas: os dados coletados foram autorreferidos o que pode influenciar no resultado visto que depende da memória dos participantes, durante a coleta de dados tivemos uma perda elevada de participantes por diversas razões e assim a amostra poderia ter sido maior.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes oncológicos estão expostos a diversos fatores que podem interferir em sua qualidade de vida. Além disso, a infecção por Covid-19 também pode apresentar influência para esse desfecho. Dessa forma o presente trabalho mostrou, por meio do modelo de regressão logística comparando grupos com e sem Covid-19, que a infecção por Covid-19 foi um importante fator de influência sobre a percepção da qualidade de vida desses sujeitos. Além disso, a presença de outras comorbidades e o domínio emocional do indivíduo também foram demonstrados como fator de influência sobre a percepção na qualidade de vida.

A incidência de síndrome pós-Covid-19 foi semelhante ao encontrado na literatura, e destacou que tosse e dores musculares foram os sintomas mais presentes. A presença da síndrome pós-Covid-19 também pode ter influenciado na QV desses sujeitos, no entanto, ao avaliar somente os indivíduos que tiveram Covid-19, os principais fatores interferentes na QV estão relacionados ao funcionamento geral do indivíduo e em menor grau aos fatores relacionados a infecção por Sars-Cov-2.

Dessa forma o presente estudo contribui para compreensão da magnitude que o diagnóstico da Covid-19 e as limitações ocasionados pelo próprio diagnóstico oncológico podem trazer na vida dos indivíduos acometidos. Além disso, fornece informações que podem subsidiar no direcionamento da tomada de decisão por parte dos profissionais que assistem esse grupo de pacientes afim de promover ações que possam melhorar a percepção da qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

AARONSON, N.K. et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**. v. 85, p. 365-376, 1993.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Vacinas COVID-19. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas>>. Acesso em: 02 de fev de 2022.

AGYEMAN, A.A. et al. Smell and Taste Dysfunction in Patients With COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. **Mayo Clin Proc**. v. 95, n.8, p. 1621-1631, 2020. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.05.030.

AL-QUTEIMAT, O.M.; AMER, A.M. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Patients. **American Journal of Clinical Oncology**. v. 43, n. 6, p. 452-455, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7188063/pdf/coc-publish-ahead-of-print-10.1097.coc.0000000000000712.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

ANNUNZIATA, M.A. et al. Long-term quality of life profile in oncology: a comparison between câncer survivors and the general population. **Support Care Cancer**. v.26, p-651-656. 2018 <doi.org/10.1007/s00520-017-3880-8>

ARANGO, Hector G. **Bioestatística - Teórica e Computacional**. 3ª edição. [Rio de Janeiro]: Grupo GEN, 2009. E-book. 978-85-277-1943-8. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-1943-8/>. Acesso em: 16 ago. 2022.

BELLAN, M. et al. Respiratory and psychophysical sequelae among patients with COVID-19 four months after hospital discharge. **JAMA network**. v.4, n.4. 2021<doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36142>

BEZERRA, G.KA. Modelo de regressão logística para previsão do óbito na unidade de terapia intensiva. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 90p, 2012.

BINOTTO, M.; SCHWARTSMANN, G. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer de Mama: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. 1, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.405. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/405>. Acesso em: 1 mar. 2022.

BITTENCOURT H. R. Regressão logística politômica: revisão teórica e aplicações. **ACTASCIENTIAE**. v.55, n.1, 2003.

BONASSA, E.M.A; GATO, M.I.R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4a ed. - São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Disponível em <<https://covid.saude.gov.br/>> Acesso em: 14 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diagnóstico. Saiba como é feito o diagnóstico dos casos de Covid-19 no Brasil. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/diagnostico> Acesso em: 17 de julho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 741, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005. Redefinição que buscou ampliar a qualificação e consolidar a atuação dos serviços especializados em oncologia. 2005.

CAETANO, A.F.P. et al. Impact of physical activity on fatigue and quality of life of cancer patients. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** [online]. v. 26, n. 6, p. 498-502, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1517-8692202026062019_0045 Acesso em: 10 de ago de 2022.

CARNEIRO, R.R. Qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 131p, 2020.

CAROD-ARTAL, F.J. Post-COVID-19 syndrome: epidemiology, diagnostic criteria and pathogenic mechanisms involved. **Revista de Neurologia**. v. 72, n. 11, p.384-396, 2021.

CARTAXO, W.V.A. et al. Evolution of cancer patients with confirmed diagnosis of covid 19 in a High Complexity Oncology Reference Center. In: XXII CONGRESSO BRASILEIRO DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 22ª edição, 2021, Salvador-Brasil. Anais da III Semana de Brasileira de Oncologia. Salvador: 2021. p 9-10.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Long COVID or Post-COVID conditions. US Department of Health & Human Services. Estados Unidos, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html>

CROY, I.; NORDIN, S.; HUMMEL, T. Olfactory disorders and quality of life--an updated review. **Chem Senses**. v.39, n.3, p.185-94. 2014.<doi: 10.1093/chemse/bjt072>

DAUGHERTY, S.E. et al. Risk of clinical sequelae after the acute phase of SARS-CoV-2 infection: retrospective cohort study. **BMJ**. v.373, n.1098. 2021 <doi: 10.1136/bmj.n1098>

DE ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde - Fundamentos, Métodos e Aplicações**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FERREIRA, J.D. et al. Covid-19 e Câncer: Atualização de Aspectos Epidemiológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. Tema Atual, p. e-1013, 14 maio 2020.

EXPANDIR nosso entendimento da síndrome pós-COVID-19. Relatório de um webinar da OMS. 9 de fevereiro de 2021. Brasília, D.F.: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2021. Licença: CCBY-NC-SA3.0IGO. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54313#:~:text=Citation-,Expandir%20nosso%20entendimento%20da%20s%C3%ADndrome%20p%C3%B3s%2DCOVID%2D19.,%2DAmericana%20da%20Sa%C3%BAde%3B%202021>. Acesso em: 12 ago. 2022.

FAYERS, P.M. et al. On behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: **European Organisation for Research and Treatment of Cancer**, Brussels, 2001.

FERREIRA, L.S. et al. Estimating the impact of implementation and timing of the COVID-19 vaccination programme in Brazil: a counterfactual analysis. **The Lancet Regional Health Americas**. v.17, n. 100397, 2023.

FERREIRA, V.A. Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. **Rev. Rene**. Fortaleza, v.16, n.2, p.266-74. 2015

FIRKINS, J. et al. Quality of life in “chronic” cancer survivors: a meta-analysis. **Journal of Cancer Survivorship**. v.14, n.4, p.504-517. 2020.

FRANCESCHINI, J. et al. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia [online]**. v. 36, n. 5, p. 595-602, 2010.

FREIRE, M.E.M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v.27, n.2. 2018. < doi.org/10.1590/0104-070720180005420016 >

FREIRE, M.E.M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**. São Paulo, v.48, n.2, p. 357-367. 2014.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>

JACOB, S. et al. Neuromuscular complications of Sars-Cov-2 and other viral infections. **Frontiers in Neurology**. v. 13, n. 914411. 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3389/fneur.2022.914411>. Acesso em: 12 ago. 2022.

JACOBS, L.G. et al. Persistence of symptoms and quality of life at 35 days after hospitalization for COVID-19 infection. **PLoS One**. v.15, n.12. 2020. < doi: 10.1371/journal.pone.0243882 >

KUMAR, M.; AL KHODOR, S. Pathophysiology and treatment strategies for COVID-19. **Journal of Translational Medicine**. v.18, n.1, p. 353. 2020. <doi:10.1186/s12967-020-02520-8>

KUDERER, N.M.; CHOUEIRI, T.K.; SHAH, D.P. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study, **The Lancet**. v.395, n. 10241, p.1907-1918, 2020. 1016/S0140-6736(20)31187-9. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620311879>

LEE, L.Y.; CAZIER, J.B.; ANGELIS, V. COVID-19 mortality in patients with cancer on chemotherapy or other anticancer treatments: a prospective cohort study,. **The Lancet**. v.395, n. 10241, p.1919-1926. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31173-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31173-9). Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620311739>>

LEE K.A.; MA W.; SIKAVI, D.R.; et al. COPE consortium. Cancer and Risk of COVID-19 Through a General Community Survey. **Oncologist**. v. 26, n. 1, p. e182–5. 7 september 2021b. <doi: 10.1634/theoncologist.2020-0572>

LEWANDOWSKA, A. et al. Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemoterapy. **Int J Environ Res Public Health**. v.17, n.19, p.6938. 2020. < doi: 10.1371/journal.pone.0243882>

LOPEZ-LEON, S. et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Scientific Reports**. v. 11, n. 16144. 2021 <<https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>>

LIU, C. et al. COVID-19 in cancer patients: risk, clinical features, and management. **Cancer Biol Med**. v. 15. n. 17, p.519-527, 2020.

LUCENA, E.M.F. Modelo de regressão logística para auxiliar a tomada de decisão quanto à necessidade de reabilitação em pacientes com acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 86p, 2013.

MALIK, P. et al. Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)-A systematic review and meta-analysis. **J Med Virol**. v.94, n.1, p.253-262. 2022. < doi: 10.1002/jmv.27309>

MASTRANGELO, A.; BONATO, M.; CINQUE, P. Smell and taste disorders in COVID-19: From pathogenesis to clinical features and outcomes. **Neurosci Lett**. n.748, p.135694. 2021. < doi: 10.1016/j.neulet.2021.135694>

MESQUITA, P.S.B. Um modelo de regressão logística para avaliação dos programas de pós-graduação no Brasil. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campo dos Goytacazes, 90p, 2014.

MIRANDA, D.A.P. et al. Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in Southeast Brazil. **Transactions of the Royal**

Society of Tropical Medicine and Hygiene, [s. 1.], Maio 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-35514142>. Acesso em: 30 jun. 2022

MIRESKI, R.; et al. Clinical characteristics of cancer patients with COVID-19: a retrospective case study in public oncologic hospital in Brazil. **Brazilian Journal of Oncology**. v.17, p. 1-180, 2021.

NGUYEN, H.C. et al. People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. **J Clin Med**. v.9, n.4, p.965. 2020. < doi: 10.3390/jcm9040965 >

OLEGÁRIO, W.K.B. Fatores de risco associados à hipertensão em gestantes. 2019. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, p.74, 2019.

Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. OPAS, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). **Folha informativa: câncer** OPAS, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

PAIVA, C.E. et al. Further evaluation of the EORTC QLQ-C30 psychometric properties in a large Brazilian cancer patient cohort as a function of their educational status. **Support Care Cancer**. v.22, n.8, p.2151-2160. 2014.

PEREIRA, M.F.I. et al. Descriptive study of COVID-19 mortality according to sex, schooling, age, health region and historical series: State of Rio de Janeiro. **In SciELO Preprints**. 2021. < doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3614 >

PINATO, D.J. et al. Prevalence and impact of COVID-19 sequelae on treatment and survival of patients with cancer who recovered from SARS-CoV-2 infection: evidence from the OnCovid retrospective, multicentre registry study. **The Lancet Oncology**. v.22, n.12, p.1669-1680.2021 [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00573-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00573-8). Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204521005738>

PLAUTO, M.S.B.C; CAVALCANTI, C.C.F. O impacto da espiritualidade na saúde e qualidade de vida de médicos que convivem com a finitude da vida no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). TCC (Graduação em Medicina). Faculdade Pernambucana de Saúde. Caruaru. p.20. 2019.

POUDEL, A.N. et al. Impacto f Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. **PLoS One**. v.16, n.10. 2021. < doi: 10.1371/journal.pone.0259164 >

PRADHAN, M. et al. COVID-19: clinical presentation and detection methods. **Journal of Immunoassay & Immunochem**. v. 43, n.1, p.1951291. 2022 <doi: 10.1080/15321819.2021.1951291 >

RITCHIE, H. et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Published online at OurWorldInData.org*. Retrieved from: '<https://ourworldindata.org/coronavirus>' [Online Resource], 2020.

RODRIGUES, A. B. et al. *Oncologia Multiprofissional: Bases para Assistência*. 1^a edição. São Paulo: Editora Manole, 2016. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520447086/>. Acesso em: 03 dez. 2021

SANTOS, R.E.A. et al. Onset and duration of symptoms of loss of smell/taste in patients with COVID-19: a systematic review. **Am J Otolaryngol**. v.42, n.2, p.102889. 2021. < doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102889>

SANTOS-SANCHEZ, N.F.; SALAS-CORONADO, R. Origin, structural characteristics, prevention measures, diagnosis and potential drugs to prevent and COVID-19. *Medwave*. México, v.20, n.8, 2021. doi: 10.5867/medwave.2020.08.8037

SINGH, S.P.; PRITAM, M.; PANDEY, B.; YADAV, T.P. Microstructure, pathophysiology, and potential therapeutics of COVID-19: A comprehensive review. **Journal of Medical Virology**. v. 93, n.1, p.275-299. 2021. doi:10.1002/jmv.26254

SILVEIRA, F.M. et al. Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. v. 34, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00583>>. Acesso em 3 Dez 2021.

SIDDIQI, N. **Credit risk scorecards: devoloping and implementing inteligente credit scoring**. Hoboken: John Wiley & Sons, 2012
STOLTZFUS, J.C. Logistic Regression: A brief primer. **Academic Emergency Medicine**. v.18, n.10, p.1099-1104. 2011. < doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01185.x>

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **A Cancer Journal for Clinicians**. v.71, n. 3., p.209- 249, 2021.

THOMAS, S.J, et al. C4591001 Clinical Trial Group. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months. **The New England Journal of Medicine**. v.4. n. 385(19), p. 1761-1773. 2021. doi: 10.1056/NEJMoa2110345.

TORNIER, S.C. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em uso de medicação antirreabsortiva. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, p.58. 2020.

VELOSO, M.V.L.S et al. Clinical and epidemiological study of oncology patients with a COVID-19 in a brazilian capital. **Brazilian Journal of Oncology**. 17(Supl.1): 1-180, 2021.

WEED, D.L. Weight of Evidence: A Review of Concept and Methods. **Risk Analysis**. v.25, n.6, p.1545-1557. 2005. <doi.org/10.1111/j.1539-6924.2005.00699.x>

WIERSINGA, W.J.; et al. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. **JAMA**. v. 324. n.8. p. 782–793. 2020. doi:10.1001/jama.2020.12839

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponível em <<https://covid19.who.int/>> Acesso em 15 de Março de 2022.

WURZ, A.; et al. "I feel like my body is broken": exploring the experiences of people living with long COVID. **Quality of Life Research**. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03176-1>. Acesso em: 13 jul. 2022.

APÊNDICES**APÊNDICE A (FICHA PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS)**

DADOS PRONTUÁRIO	
1. DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	
2. ESTADIAMENTO	
3. ESTÁGIO DO CÂNCER	1- EM REMISSÃO; 2- PRESENTE RESPONDENDO AO TRATAMENTO; 3- PRESENTE EM PROGRESSÃO; 4- DESCONHECIDO
4. TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS JÁ REALIZADOS	1- QUIMIOTERAPIA; 2 - RADIOTERAPIA; 3- IMUNOTERAPIA; 4-TERAPIA ALVO; 5- HORMONIOTERAPIA; 6-CIRURGIA
5. TRATAMENTO ONCOLÓGICO REALIZADO NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DE COVID-19	
6. FINALIDADE DO TRATAMENTO:	CURATIVO; PALIATIVO
7. TEMPO DE TRATAMENTO APÓS COVID	
8. QUEIXAS PÓS-COVID	

APÊNDICE B (QUESTIONÁRIO SINTOMAS PÓS-COVID-19)

QUESTIONÁRIO SINTOMAS PÓS-COVID-19	
APÓS A RECUPERAÇÃO DA COVID 19, VOCÊ APRESENTOU ALGUM DESSES SINTOMAS?	
a. FADIGA (incapacidade de realizar suas atividades diárias mesmo após descanso)	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
b. CANSAÇO	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
c. DORES MUSCULARES	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
d. ALTERAÇÃO NA MEMÓRIA	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
d. FALTA DE CONCENTRAÇÃO	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
e. TONTURA	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
f. ZUMBIDO	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
e. SONO PREJUDICADO	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
f. TOSSE	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
g. FALTA DE AR	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
h. PERDA DO OLFATO (capacidade de sentir cheiro)	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
i. PERDA DO PALADAR (capacidade de sentir gosto)	SIM () NÃO ()

SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
g. ANSIEDADE	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
h. DEPRESSÃO	SIM () NÃO ()
SE SIM, POR QUANTOS DIAS?	
i. OUTROS	
DETALHAR:	
j. VOCÊ ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO PARA O CÂNCER AGORA?	SIM () NÃO ()
SE SIM, QUAL?	

APÊNDICE C (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) **PARTICIPANTE DE PESQUISA,**

Os pesquisadores Thamires Lira Fonsêca Pereira, Dra Caliandra Maria Bezerra Luna Lima e Dr Hemílio Fernandes Campos Coelho, convidam você a participar da pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade de vida e síndrome pós-COVID-19 em pacientes oncológicos”. Para tanto você precisará assinar o TCLE que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pela Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Sua decisão de participar neste estudo deve ser voluntária e que ela não resultará em nenhum custo ou ônus financeiro para você (ou para o seu empregador, quando for este o caso) e que você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo ou punição caso decida não participar desta pesquisa. Todos os dados e informações fornecidos por você serão tratados de forma anônima/sigilosa, não permitindo a sua identificação.

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos que tiveram diagnóstico de COVID-19 e a influência do diagnóstico de COVID-19 sobre a continuidade do tratamento e aparecimento de sequelas pós COVID-19.

Para isso, será realizado um levantamento das informações do seu prontuário e em fichas de registro disponíveis no Hospital Napoleão Laureano, além disso, você responderá um questionário com perguntas a respeito da sua qualidade de vida após a COVID-19 e durante o tratamento do câncer.

Entende-se que o estudo em questão apresenta riscos relacionados à aplicação dos questionários, ocasionando algum desconforto emocional ou psicológico. Além disso, para evitar a possibilidade de vazamento involuntário das informações contidas no prontuário para terceiros, a coleta de dados será realizada em ambiente reservado apenas pela pesquisadora responsável pelo trabalho, não havendo o compartilhamento do material ou das informações coletadas com terceiros não autorizados pelo comitê de ética. Vale salientar também que não serão realizados procedimentos clínicos, nem estudos experimentais que envolvam substâncias ativas ou inertes.

Com esse estudo, espera-se contribuir no entendimento sobre como a COVID-19 pode afetar os pacientes com câncer e assim auxiliar em uma melhor tomada de decisão por parte dos profissionais que os assistem.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Pesquisador Responsável: Thamires Lira Fonseca Pereira
Endereço: Rua Adolpho Ferreira Soares Filho, 276, Jardim Cidade Universitária
CEP: 58052-170. João Pessoa/PB
Fone: (83) 98726-0535. E-mail: thamireslirafonseca@gmail.com

Ou

Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde

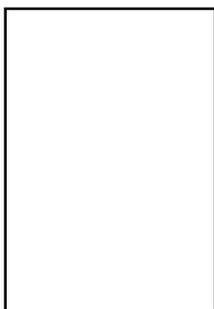
Universidade Federal da Paraíba/CCEN/Departamento de Estatística.
Cidade Universitária S/N. CEP:58051-900. João Pessoa/PB.
Fone: (83) 3216-7592. Fax: (83) 3216-7487. E-mail: mds@de.ufpb.br

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus
I. Cidade Universitária - 1º Andar.
CEP 58051-900. João Pessoa/PB
Fone: (83) 3216-7791. E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao colocar sua assinatura ao final deste documento, **VOCÊ**, de forma voluntária, na qualidade de **PARTICIPANTE** da pesquisa, expressa o seu consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo e declara que está suficientemente informado(a), de maneira clara e objetiva, acerca da presente investigação. E receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinada pelo(a) Pesquisador(a) Responsável.



João Pessoa, _____ de _____ de 2022.

Assinatura, por extenso, do(a) Participante da Pesquisa

Assinatura, por extenso, do(a) Pesquisador(a) Responsável pela pesquisa

PARA O FORMATO ONLINE

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste termo. Entendo que receberei uma via deste documento e que outra via será arquivada pelos pesquisadores. Enfim, sendo orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do estudo, eu manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou pagar, por minha participação.

SIM

NÃO

ANEXOS

ANEXO A (FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019)


 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica –05/10/2020

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação: _____		Município de Notificação: _____	
Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Profissional de saúde (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Profissional de segurança (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CBO: _____		CPF: _____	
CNS: _____			
Nome Completo: _____			
Nome Completo da Mãe: _____			
Data de nascimento: _____		País de origem: _____	
Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Raça/COR: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena - Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	
Passaporte: _____			
CEP: _____			
Estado de residência: _____		Município de Residência: _____	
Logradouro: _____		Número: _____	Bairro: _____
Complemento: _____			
Telefone Celular: _____		Telefone de contato: _____	
Data da Notificação: _____		Data do início dos sintomas: _____	
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustatórios <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros _____			
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)			
Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado		Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Testes sorológico	
Data do Teste (PCR/Rápidos): _____		Data do Teste (Sorológico): _____	
Resultado (PCR/Rápidos): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		Teste Sorológico: (Marcar X) <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Anticorpos Totais	
Resultado (IgG): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		Resultado (IgM): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Resultado (Anticorpos Totais): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		Resultado (IgA): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Internado em UTI <input type="checkbox"/> Cura		Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada	
Data de encerramento: _____			
Informações complementares e observações			

ANEXO B (FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO)

Nº				
 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE				
SIVEP-Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 07/10/2021				
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O ₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no SIVEP-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.				
1	Data do preenchimento da ficha de notificação: _____	2	Data de 1 ^{as} sintomas: _____	
3	UF: _____	4	Município: _____	
		Código (IBGE): _____		
5	Unidade de Saúde: _____		Código (CNES): _____	
6	Tem CPF? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não	7	CPF: _____	
8	Estrangeiro <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não			
9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____			
10	Nome: _____		11	Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign
12	Data de nascimento: _____	13	(Ou) Idade: _____	
		1-Dia 2-Mês 3-Ano _____		
14	Gestante: <input type="checkbox"/>			
		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		
15	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			
16	Se indígena, qual etnia? _____			
17	É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não		18	Se sim, qual? _____
19	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
20	Ocupação: _____	21	Nome da mãe: _____	
22	CEP: _____			
23	UF: _____	24	Município: _____	
		Código (IBGE): _____		
25	Bairro: _____	26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	
		27 Nº: _____		
28	Complemento (apto, casa, etc.): _____		29	(DDD) Telefone: _____
		- - - - -		
30	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	31	País: (se residente fora do Brasil) _____	
32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado			
33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3- Outro, qual _____ 9-ignorado			
34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros _____			
35	Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X)			
		<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Outros _____		
36	Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1ª dose: _____ Data da 2ª dose: _____	
38	Fabricante vacina COVID-19: _____	39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª Dose: _____ Lote 2ª Dose: _____	
40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	41	Data da vacinação: _____	
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Se sim, data: _____		
a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
Se >= 6 meses e <= 8 anos:				
Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)				
Data da 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				
Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				

Dados de Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _____
	45	Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: _____	47	UF de internação: _____
	48	Município de internação: _____	Código (IBGE): _____			
	49	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _____			
	50	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: _____	52	Data da saída da UTI: _____
	53	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: _____
	56	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Típico covid-19 2-Indeterminado covid-19 3-Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	57	Data da tomografia: _____		
	58	Coletou amostra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: _____	60	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	61	Nº Requisição do GAL: _____		62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico	
	63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____		64	Resultado da Teste antigênico: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	
	65	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____		Código (CNES): _____		
	66	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	67	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		68	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	
	69	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	70	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		Código (CNES): _____		
	71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado		72	Data da coleta: _____	
	73	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9 Ignorado		74	Data do resultado: _____	
	Conclusão	75	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por covid-19		76	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem
77		Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		78	Data da alta ou óbito: _____	
80	Número D.O: _____					
81	OBSERVAÇÕES:					
82	Profissional de Saúde Responsável: _____			83	Registro Conselho/Matrícula: _____	

PORTUGUESE (BRAZIL)

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

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

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

ANEXO D (AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QLQ-C30)

31/01/2022 17:38

Gmail - Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 79347



Thamires Lira <thamireslirafonseca@gmail.com>

Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 79347

1 mensagem

no-reply@eortc.be <no-reply@eortc.be>
Para: thamireslirafonseca@gmail.com

25 de novembro de 2021 04:11

Dear Thamires Pereira,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Portuguese \(Brazil\)](#)

Scoring Manuals:

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>

NOTE:

This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.

 http://www.eortc.be/signatures/signature_stats_525x166_2018.jpg

Disclaimer | [t](#) [f](#) [in](#)

ANEXO E (PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP)

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida e ocorrência de síndrome pós-COVID-19 em pacientes oncológicos

Pesquisador: Thamires Lira Fonsêca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57470122.9.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.440.128

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão de uma dissertação de mestrado da aluna THAMIRES LIRA FONSECA PEREIRA do Programa Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação dos professores Profa. Dra Caliandra Maria Bezerra Luna Lima Prof. Dr.Hemílio Fernandes Campos Coelho

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal de natureza quantitativa. O estudo será realizado no Hospital Napoleão Laureano, hospital de referência em oncologia no Estado da Paraíba. Será realizado um levantamento nas fichas de notificação da vigilância epidemiológica no período de março de 2020 a abril de 2022. Os pacientes participantes do estudo responderão a um questionário de qualidade de vida para pacientes oncológicos, o EORTC QLQ-C30, também serão incluídas questões acerca dos sintomas pós-COVID-19 a fim de investigar a ocorrência da síndrome pós-COVID-19.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos que tiveram diagnóstico de COVID19 e a ocorrência da síndrome pós-COVID-19.

Objetivo Secundário: Traçar o perfil sociodemográfico dos indivíduos que tiveram diagnóstico de COVID-19 em um serviço de referência em oncologia;

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.440.128

Comparar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos que tiveram diagnóstico de COVID-19 antes da vacinação com pacientes oncológicos que tiveram COVID-19 após a vacinação;

Compreender a influência do diagnóstico de COVID-19 sobre a continuidade do tratamento;

Investigar a ocorrência da síndrome pós-COVID-19 nos pacientes oncológicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Entende-se que o estudo em questão apresenta riscos relacionados à aplicação dos questionários presencialmente, ocasionando algum desconforto emocional ou psicológico, para tanto o questionário será entregue ao participante e o pesquisador se afastará no momento do preenchimento. Também será oferecido ao participante a possibilidade de participar do estudo à distância através do preenchimento dos questionários de maneira virtual. Nos casos que seja optado pela forma presencial, frente a pandemia da COVID-19, faz-se necessários cuidados como uso de máscaras e álcool 70o para higienização de mãos e canetas. Assim, o pesquisador estará sempre utilizando máscaras e disponibilizará máscaras cirúrgicas descartáveis e álcool 70o aos participantes da pesquisa. Além disso, para evitar a possibilidade de vazamento involuntário das informações contidas no prontuário para terceiros, a coleta de dados será realizada em ambiente reservado apenas pela pesquisadora responsável pelo trabalho, não havendo o compartilhamento do material ou das informações coletadas com terceiros não autorizados pelo comitê de ética. Vale salientar também que não serão realizados procedimentos clínicos, nem estudos experimentais que envolvam substâncias ativas ou inertes.

Benefícios: Com esse estudo, espera-se contribuir no entendimento sobre como a COVID-19 pode afetar os pacientes com câncer e assim auxiliar em uma melhor tomada de decisão por parte dos profissionais que os assistem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta está adequadamente elaborada e não permite tecer julgamentos concernentes aos aspectos éticos/metodológicos envolvidos, conforme diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNS, MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos que foram apresentados não possibilitaram adequada avaliação no que se refere aos aspectos éticos e metodológicos.

Recomendações:

(O)A pesquisador(a) responsável e demais colaboradores, MANTENHAM A METODOLOGIA PROPOSTA E

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comiteeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.440.128

APROVADA PELO CEP-CCS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o(a) pesquisador(a) atendeu adequadamente às recomendações feitas por este Colegiado em parecer anterior a este, e que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica, estando em consonância com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNS/MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1909821.pdf	09/05/2022 21:26:03		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	09/05/2022 21:24:58	Thamires Lira Fonsêca	Aceito
Outros	CERTIDAO_DE_APROVACAO_DE_PROJETO.pdf	09/05/2022 21:23:47	Thamires Lira Fonsêca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_ATUALIZADO.pdf	09/05/2022 21:21:24	Thamires Lira Fonsêca	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_CORRIGIDA.pdf	04/04/2022 10:46:05	Thamires Lira Fonsêca	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_INSTITUCIONAL.pdf	31/03/2022 11:35:34	Thamires Lira Fonsêca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/03/2022 11:34:40	Thamires Lira Fonsêca	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 5.440.128

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 31 de Maio de 2022

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB c. 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br