



Abordagem transcultural da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer

Transcultural approach to the health-related quality of life of cancer patients

Namie Okino Sawada¹, Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva², Carlos Eduardo Paiva², Helena Megumi Sonobe¹, María Paz García-Caro³, Francisco Cruz-Quintana³

Objetivo: comparar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico no Brasil e na Espanha. **Métodos:** estudo transversal, cuja coleta de dados ocorreu no Hospital de Câncer e Hospital Universitário, com os instrumentos de caracterização sociodemográfica *European Organization for Research and Treatment of Cancer and Quality of Life Questionnaire-C30*. **Resultados:** nos dois países predominaram sexo feminino, cor branca, estado civil casado, escolaridade fundamental, religião católica e a profissão não qualificados. Os escores de Qualidade de vida relacionada à saúde no Estado Geral de Saúde e as funções de Desempenho de papel e cognitiva foram maiores na amostra brasileira, enquanto que os sintomas de fadiga, dor, dispneia, insônia e diarreia foram mais presentes na população espanhola, com diferenças estatisticamente significantes. **Conclusão:** a qualidade de vida relacionada à saúde foi melhor entre os brasileiros.

Descritores: Qualidade de Vida; Comparação Transcultural; Cultura; Tratamento Farmacológico.

Objective: to compare the health-related quality of life of cancer patients under chemotherapy treatment in Brazil and Spain. **Methods:** a cross-sectional study, whose data collection took place at the Hospital de Câncer and Hospital Universitário, with socio-demographic characterization instruments and European Organization for Research and Treatment of Cancer. **Results:** female, white, marital status, grade school students, catholic religion and the unskilled profession predominated in both countries. The scores of health-related quality of life in the health global status and the functions of role performance and cognitive functions were higher in the Brazilian sample, whereas fatigue, pain, dyspnea, insomnia and diarrhea symptoms were more present in the Spanish population, with statistically significant differences. **Conclusion:** health-related quality of life was better among Brazilians.

Descriptors: Quality of Life; Cross-Cultural Comparison; Culture; Drug Therapy.

¹Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Hospital de Câncer de Barretos. Barretos, SP, Brasil

³Universidade de Granada. Espanha.

Autor correspondente: Namie Okino Sawada

Av. Bandeirantes 3900, Monte Alegre. CEP: 14040-902. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: sawada@eerp.usp.br

Introdução

Na atualidade, o câncer tem ganhado destaque na atenção à saúde, uma vez que tem sido uma das principais causas de morte em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, assim como na Espanha, o câncer tem sido uma doença crescente e de relevância para saúde pública⁽¹⁻²⁾.

De acordo com *The Organization for Economic Co-operation and Development* e a Comissão Europeia, o câncer tem sido a segunda causa de morte na Espanha, tendo em vista que a primeira é destinada às doenças circulatórias⁽²⁾. Os cânceres de pulmão, tumores de mama e colorretal foram responsáveis pelo maior número de anos de vida perdidos⁽³⁾. O Brasil segue a tendência mundial e, a partir de 1.960, tem sofrido um processo de transição epidemiológica, em que as doenças infecciosas e parasitárias não mais constituem a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Esse aumento da incidência e de mortalidade por doenças crônico-degenerativas tem como principal fator o envelhecimento da população, resultante do intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde⁽¹⁾.

O tratamento cirúrgico do câncer e os outros procedimentos terapêuticos (radioterapia e quimioterapia) têm resultado na diminuição da mortalidade e morbidade; entretanto, existe a preocupação com o conjuntura funcional e a qualidade de vida dessas pessoas. Assim, a reabilitação do paciente com câncer é um processo contínuo, com a finalidade de maximizar as capacidades dos indivíduos dentro das limitações impostas pela doença e pelo tratamento.

A avaliação médica tradicional dos resultados do tratamento de câncer considerava a sobrevida livre da doença, resposta do tumor ao tratamento, e sobrevivência global. No entanto, clínicos e pesquisadores têm percebido que estes resultados não são adequados para avaliar o impacto do câncer e o tratamento deste na vida diária dos pacientes. Para avaliar esses aspectos, as medidas de qualidade de vida têm cresci-

do nas pesquisas atuais⁽⁴⁾.

Assim, pesquisas sobre qualidade de vida relacionada à saúde têm auxiliado na compreensão da natureza e extensão de problemas funcionais e psicossociais durante a trajetória da doença. Outro ponto importante é a avaliação da terapêutica e das intervenções que proporcionam melhor assistência a esses pacientes e, conseqüentemente, reabilitação precoce.

O conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e influenciado pela cultura⁽⁴⁾. Estudos que comparam a qualidade de vida relacionada à saúde de diferentes países são escassos. Assim, com a finalidade de investigar e comparar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, do Brasil e da Espanha, os pesquisadores/autores foram contemplados com bolsa de estudo pela Fundação Carolina da Espanha. Logo, a pesquisa objetivou comparar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico no Brasil e na Espanha.

Métodos

Estudo transversal, cujos dados foram coletados no Brasil, no Hospital de Câncer, e na Espanha, Hospital Universitário, de outubro de 2013 a janeiro de 2014.

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos que estavam realizando o tratamento de quimioterapia e sendo orientados halo-psiquicamente, com condições cognitivas preservadas para responder aos itens do instrumento, avaliados por perguntas simples, como data de nascimento, dia da semana, endereço e outros. Foram excluídos pacientes com pontuação da Escala de desempenho de Karnofsky abaixo de 60, pacientes com metástase e com tratamento quimioterápico paliativo e aqueles que não estavam em condições cognitivas preservadas para responder ao instrumento.

Para o cálculo do tamanho amostral, foram utilizadas as médias e os desvios-padrão dos escores de saúde global e domínio social para os casos do Brasil

e da Espanha, mencionados em estudos anteriores. Assim, o tamanho do cálculo amostral foi de 154 pacientes para cada país. A amostra foi de 159 pacientes do Hospital de Câncer de Barretos (Brasil) e 154 pacientes do Hospital Oncológico de Granada (Espanha).

Para os dados sociodemográficos e clínicos, utilizou-se o instrumento com dados-pessoais como procedência, gênero, idade, cor da pele, estado civil, situação conjugal atual, número de filhos; dados sociais como grau de escolaridade, atividade profissional, situação laboral, aposentadoria, religião e moradia; fonte de renda, renda mensal, pessoas que dependem da renda mensal, plano de saúde privado, atividade física e de lazer e relação com a família. Os dados clínicos incluem localização do câncer primário, tempo do diagnóstico, extensão da doença, tratamento recebido, doenças associadas, sinais e sintomas e percepção do paciente sobre a situação de saúde em geral.

Para coleta de dados sobre qualidade de vida relacionada à saúde, utilizou-se os instrumentos da *European Organization for Research and Treatment of Cancer and Quality of Life Questionnaire-C30* (EORTC QLQ-C30) que foi devidamente validado no Brasil, em pacientes com câncer de pulmão⁽⁵⁾, e na Espanha, em pacientes com câncer de próstata⁽⁶⁾. Em todos os estudos, o instrumento demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias. O *European Organization for Research and Treatment of Cancer* é um instrumento de qualidade de vida para pacientes com câncer, com 30 questões que compõem cinco escalas funcionais: funções física, cognitiva, emocional e social e desempenho de papel; três escalas de sintomas: fadiga, dor e náusea e vômito, uma escala de saúde global/qualidade de vida e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença. Para analisar os resultados do instrumento EORTC QLQ-C30, considerou-se que as escalas de estado geral de saúde/qualidade de vida, função física, desempenho de papel, função emocional, função cognitiva e função social quanto

mais próximo de 100, melhores são essas condições, enquanto que nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras quanto mais próximas de 100 significa a presença maior desses sintomas e dificuldades.

A análise dos dados foi procedida à luz do Modelo proposto por Kimlin Tam Ashing-Giwa que considera dois níveis: o macro e o micro que estão relacionados com a experiência de vida do indivíduo. O nível macro (contexto sistêmico) é composto por quatro dimensões: socioecológica, cultural, demográfica e sistema de saúde. O nível micro (contexto individual) considera a experiência de viver com câncer em quatro dimensões: saúde geral e comorbidades, fatores médicos específicos do câncer e saúde eficaz⁽⁷⁾.

Os dados foram analisados de maneira quantitativa, submetidos a tratamentos estatísticos pelo *Statistical Package for Social Science*. Foi realizada análise descritiva para os dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos. O teste Mann Whitney foi utilizado para comparar os domínios do instrumento Qualidade de vida relacionada à saúde com os dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos entre as duas amostras.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Os resultados da caracterização sociodemográfica no Brasil mostraram que do total de 159 pacientes, 98(61,6%) eram do sexo feminino; idade média de 51,6 anos; cor da pele branco 92 (57,5%), amarelo 2(1,3%), parda 54(33,8%) e negra 11(6,9%); estado civil solteiro 22(13,8%), casado 89(55,6%), união consensual 18(11,3%), viúvo 6(3,8%), separado 12(7,5%) e divorciado 12(7,5%); com relação ao grau de escolaridade, 8(5,0%) não tinham grau de escolaridade, ensino fundamental 82(51,3%), ensino médio 51(31,9%) e ensino superior 18(11,3%). A profissão foi categorizada segundo a Classificação Nacional das Profissões, em que se encontrou: categoria 1 - Serviço público 3(2,0%), categoria 2 - Especialistas das

profissões intelectuais e científicas 8(5,0%), categoria 3 - Técnicos e profissionais de nível intermediário 13(8,0%), categoria 4 - Pessoal administrativo e similares 15(9,0%), categoria 5 - Pessoal de serviços e vendedores 29(18%), categoria 6 - Agricultores e trabalhadores da agricultura 22(14,0%), categoria 9 - Trabalhadores não qualificados 56 (35,0%), 3 não responderam a profissão. Quanto à religião, 108 (67,5%) eram católicos, 40(25,0%) evangélicos, 3(1,8%) espíritas e 3(1,8%) não responderam.

A amostra total da Espanha foi de 154 pacientes com as seguintes características: 117(7,6%) do sexo feminino, idade média de 52 anos; cor da pele branco 141 (91,6%), amarelo 3(1,9%), parda 7(5,4%); estado civil solteiro 16(10,4%), casado 110(71,4%), união consensual 12(7,8%), viúvo 4(2,6%), separado 8(5,2%) e divorciado 12(7,8%); com relação ao grau de escolaridade, 5(3,2%) sem nível de escolaridade, ensino fundamental 50(32,5%), ensino médio 39(25,3%) e ensino superior 57(37,0%). Com relação à profissão, na categoria 2 foram 7(5,0%), 9(8,0%) na categoria 3, 15(10,0%) na categoria 4, 8(5,0%) na categoria 5, 3(2,0%) na categoria 6, 3(2,0%) na categoria 7 e 16(10,0%) na categoria 9, merece atenção que 93(60,0%) não responderam ao item profissão; quanto à religião, 137(89,0%) eram católicos, 11(7,1%) evangélicos, 6(3,9%) espíritas.

A Tabela 1 demonstra a comparação da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde dos dois países, revelando que o Estado geral de saúde e as funções de Desempenho de Papel e Cognitiva foram maiores na população brasileira. Os sintomas fadiga, dor, dispneia, insônia e diarreia estiveram mais presentes na população espanhola, com diferença estatisticamente significativa, evidenciando que a qualidade de vida relacionada à saúde dos brasileiros foi melhor que a amostra espanhola.

Os resultados da comparação entre os escores de Qualidade de vida relacionada à saúde das duas amostras independentes associadas aos dados sociodemográficos e clínicos sinalizaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sexo, nível

de escolaridade, atividade física, extensão do tumor, situação conjugal, tempo de diagnóstico e zona de moradia.

Tabela 1 - Comparação das Médias dos escores do EORTC QLQ-C30 do Brasil e da Espanha

Domínios	Brasil (n=159)		Espanha (n=154)		p-value
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Estado global de saúde	79,04	19,0	58,62	22,71	<0,001
Função física	78,20	21,19	77,80	19,92	0,610
Desempenho de papel	86,16	25,51	67,86	27,62	<0,001
Função emocional	81,55	26,82	82,24	19,85	0,216
Função cognitiva	85,53	26,12	69,17	28,70	<0,001
Função social	70,91	30,93	71,97	25,60	0,629
Fadiga	26,28	27,05	39,71	26,37	<0,001
Náuseas	12,79	21,39	14,19	20,92	0,245
Dor	25,26	33,53	29,54	27,18	<0,008
Dispneia	8,18	18,26	17,08	27,01	<0,002
Insônia	27,04	37,15	33,08	32,01	<0,022
Perda de apetite	21,38	34,43	23,77	27,14	0,065
Constipação	24,53	36,05	28,56	31,32	0,065
Diarreia	7,81	19,96	13,39	23,02	<0,007
Dificuldade financeira	22,22	33,68	24,65	32,74	0,346

Discussão

O método utilizado gerou algumas limitações como a heterogeneidade dos tipos de câncer e protocolos de quimioterapia, além de poucas pesquisas encontradas que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde entre países diferentes, que utilizam o mesmo referencial teórico adotado, o que dificultou a comparação e o aprofundamento das discussões.

A análise do nível macro do referencial teórico que envolve o contexto social, cultural, demográfico e sistema de saúde serão discutidos à seguir.

Os dados sociodemográficos dos dois países demonstram similaridades nos aspectos do predomínio do sexo, média de idade, estado civil, nível de escolaridade, religião e profissão. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, a população total espanhola

para o ano de 2008 foi de aproximadamente 46,2 milhões de habitantes, dos quais 22,8 milhões (49,5%) eram homens e 23,3 milhões (50,5%) mulheres⁽⁸⁾. As estatísticas demográficas da Espanha destacam que a maioria da população cursou a educação básica e secundária e na faixa etária acima de 40 anos, sendo a maioria casada. Com relação aos empregos, os dados de 2013 apontaram que 4,4% estavam empregados em serviços de agricultura, silvicultura e pesca, 24,7% na indústria, construção e energia e 74,9 em serviços⁽⁹⁾.

A religião católica predominou. Destaca-se que no final dos anos de 1970, nove em cada dez espanhóis se declaravam católicos e quinze anos depois, oito em cada dez espanhóis continuavam a se considerar católicos⁽¹⁰⁾.

Dado que merece atenção é que 60,4% da amostra espanhola não respondeu ao item profissão e aposentadoria, pode-se inferir que isso se deve ao alto índice de desemprego que o país tem enfrentado. Segundo dados estatísticos, o índice de desemprego na Espanha é de 24,4%⁽⁹⁾. Assim considera-se que os dados sociodemográficos encontrados neste estudo corroboram as estatísticas da Espanha.

Da mesma forma no Brasil, em 2011, no grupo de pessoas de 60 anos ou mais, a proporção atingiu 79,5 homens para cada 100 mulheres na mesma faixa etária, uma vez que a taxa de mortalidade entre os homens é maior. O Censo em 2013 demonstrou que na população brasileira, a maioria tinha estado civil casado, na faixa etária acima de 40 anos, nível educacional básico e religião católica. Com relação ao emprego no Brasil, os dados demonstram que ainda existe grande porcentagem de trabalhadores informais, 42,8% dos homens e 35,1% das mulheres trabalhavam sem carteira assinada⁽¹¹⁾.

Dados apontam que as populações menos favorecidas economicamente têm maior probabilidade de adoecer e que as condições econômicas, sociais e ambientais influenciam o processo saúde doença do indivíduo, contribuindo para estabelecimento e desenvolvimento de doenças crônicas, como o câncer⁽¹⁾.

Assim fica evidente que o desenvolvimento socioeconômico de um país tem influência direta na saúde da população.

O sistema de saúde da Espanha, desde 2003, foi descentralizado após 20 anos de reformas, resultando em 17 comunidades autônomas que são responsáveis por prover e financiar o cuidado de saúde em seus territórios, o modelo de cuidado especializado varia de acordo com as comunidades autônomas e os principais problemas são de registros e diagnósticos, atraso no tratamento e tempo de espera. Apesar desses problemas, os usuários têm avaliado os serviços como satisfatório⁽¹²⁾.

No Brasil, as estatísticas mostram que o tamanho médio das famílias é de 2,6 pessoas por família, 85,0% residem na zona urbana e na região do Estado de São Paulo, local do estudo, 96,8% da população se concentram na zona urbana⁽¹¹⁾. O sistema de saúde no Brasil é composto por dois subsistemas: o público e o privado. No Brasil, o sistema público é formado pelo Sistema Único de Saúde, de caráter universal e acesso gratuito de financiamento público; e o subsistema privado é formado pela saúde complementar, composta por planos e seguros de saúde voluntários, individuais ou coletivos, financiados por empregadores ou pelas famílias e o desembolso direto, o acesso ao serviço de saúde é efetuado através de pagamento no ato da prestação de serviços⁽¹³⁾.

O modelo teórico de Ashing Giwa enfatiza que a baixa situação socioeconômica acarreta dificuldades para o indivíduo e a família com relação ao acesso aos serviços especializados de saúde, transporte e desemprego e a condição de vida (moradia, estressores do dia a dia, papel funcional, entre outros) se torna obstáculo aos recursos adequados para manutenção da saúde, afetando diretamente a qualidade de vida relacionada à saúde⁽⁷⁾.

Ao analisar as condições de vida nos dois países, encontram-se similaridades nas condições de moradia, renda mensal de um a três salários mínimos e o tipo de acesso ao serviço de saúde. Com relação aos aspectos de relacionamento com os profissionais da

saúde e o atendimento das necessidades, encontrou-se que a maioria no Brasil considerou ótimo esses itens e infere-se que seja devido ao atendimento que o Hospital do Brasil disponibiliza. Esse hospital, em 2009, recebeu o certificado de Acreditado pleno, pelo Instituto Qualisa de Gestão que avaliou como um dos pontos fortes os projetos de humanização e personalização de atendimento aos pacientes e tem como missão prestar assistência oncológica qualificada e humanizada.

À seguir serão discutidos os aspectos do nível micro (contexto individual) que considera a experiência do viver com câncer como a saúde geral, fatores médicos e saúde eficaz.

Ao analisar os dados clínicos, também foram observados semelhanças nos dois países, no que diz respeito à localização do tumor, os três tipos de câncer mais frequentes foram o câncer de mama, ginecológico, colorretal; a maioria teve tempo de diagnóstico de menos de seis meses e foram submetidos à biopsia e retirada de órgão, não foram sujeitos à radioterapia e somente a extensão da doença diferiu nos países, predominando a extensão local na amostra brasileira e a regional na espanhola. Os resultados corroboram as estimativas de incidência e prevalência do Brasil e da Espanha do câncer em mulheres, em que o câncer de mama é o mais frequente, seguido do ginecológico e colorretal^(1,3).

Quanto ao tempo de diagnóstico, a maioria foi há menos de seis meses nos dois países e a extensão da doença foi pior na amostra espanhola, sendo a maioria regional; com relação ao procedimento cirúrgico, a maioria foi biopsia, seguida de retirada de órgão nos dois países. O tratamento radioterápico não foi realizado pela maioria e todos estavam realizando o tratamento quimioterápico nas duas amostras. O tipo de tratamento depende da localização do tumor e o estadiamento, entretanto os tratamentos mais comuns são a cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

Os resultados dessa pesquisa diferem de outra que realizou análise da qualidade de vida relacionada à saúde, utilizando o *European Organization for*

Research and Treatment of Cancer, em vários países da Europa, Ásia e América latina e encontrou média de Estado Geral de Saúde nos países do sul da Europa (França, Espanha, Itália, Suíça e Portugal) de 64,9 e na América Latina (Brasil e Argentina) de 56,8. Explica-se essa diferença considerando os aspectos culturais, ou seja, grupos culturais distintos valorizam os aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde de forma diferente⁽¹⁴⁾.

Concorda-se com essa elucidação que vai ao encontro do referencial adotado por este estudo, que considera a cultura como o maior determinante de qualidade de vida. Esse modelo considera que a saúde geral, os fatores clínicos específicos do câncer e o controle da saúde são fatores de cunho individual, diferentemente das dimensões macro do Modelo que causa impacto mais global e menos direto nos resultados de qualidade de vida relacionada à saúde, esses fatores parecem exercer influências significativas e diretas na vida do indivíduo. Assim, a presença de sintomas também influencia na qualidade de vida relacionada à saúde, como se observou na amostra espanhola, a qual teve maior presença de fadiga, dor, dispneia, insônia e diarreia, comprovando o modelo de qualidade de vida relacionada à saúde como construto multidimensional, cuja presença de sintomas o compromete.

O resultado foi estatisticamente significativo para o sexo masculino que obteve média maior no Estado Geral de Saúde, Desempenho de Papel e Função cognitiva do que as mulheres na amostra brasileira e espanhola. Os sintomas fadiga, dor, dispneia e diarreia estiveram mais presente em mulheres nos dois países. A pesquisa que avaliou a qualidade de vida pelo instrumento EORTC QLQ-C30 de seis países da Europa, também encontrou melhor saúde global, melhor funcionamento e menos sintomas, especialmente fadiga e dor, em homens do que em mulheres⁽¹⁵⁾.

Nas amostras espanhola e brasileira, as médias do Estado Geral de saúde, Desempenho de papel e Função cognitiva foram menores e estatisticamente significativa nos níveis de escolaridade mais baixa e os sintomas também estiveram mais presentes nessas

categorias. Os dados corroboram com pesquisa sobre a percepção do estado de saúde de adultos idosos, segundo as diferenças sociodemográficas e de regiões que demonstraram alta proporção de respondentes com menos escolaridade na região da Andaluzia, demonstrando percepção mais negativa do estado de saúde⁽¹⁶⁾.

O referencial teórico adotado considera a cultura como o maior determinante da qualidade de vida, portanto os diferentes grupos culturais valorizam diferentes aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde, ou seja, os resultados podem simplesmente estar refletindo essas diferenças, entende-se que pessoas de diferentes culturas interpretam e expressam o que entendem por qualidade de vida em geral e saúde geral, uma vez que qualidade de vida relacionada à saúde é um construto subjetivo⁽⁷⁾.

A cultura é fundamental para a vida humana, prescreve os modos de vida de um grupo de pessoas para garantir a sobrevivência e o bem-estar, determina as crenças e os valores que dão significado e propósito à vida⁽¹⁷⁾. Toda cultura determina as necessidades universais, como a segurança, o sentido de integridade e significado ou propósito na vida, e o sentimento de pertencimento como membro integral da rede social. Assim, cada cultura tem um conjunto de crenças, valores e práticas que determinam a identidade do grupo e, geralmente, não são isomórficos com outros grupos culturais. Muitas vezes, existem semelhanças entre os grupos culturais, juntamente com diferentes graduações, como a influência e as variações do budismo sobre as formas de vida em países do Oriente, ou as variações do cristianismo e seus efeitos sobre as culturas no Ocidente e Oriente.

Com relação à atividade física, encontrou-se diferença estatisticamente significativa nos dois países, sendo que o grupo que fazia atividade física obteve maior escore no Estado geral de saúde, Desempenho de papel e menos sintomas de dor, dispneia, insônia e diarreia na amostra brasileira, corroborando outras pesquisas que demonstraram associação positiva entre atividade física e qualidade de vida⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A saúde eficaz é outra dimensão contextual do nível individual do modelo adotado, de maneira que a eficácia ou a habilidade do indivíduo para desenvolver comportamentos e boas práticas de saúde para manutenção e promoção da saúde estão interrelacionados aos resultados da qualidade de vida relacionada à saúde. Portanto, o desenvolvimento de atitudes e habilidades pessoais, que favorecem hábitos saudáveis de saúde, em todas as etapas da vida, irão refletir em ações de promoção da saúde e, conseqüentemente, em melhor qualidade de vida. Desta forma, esta dimensão também sofre influência da dimensão cultural do nível macro, tornando-se importantes determinantes para a prática da saúde e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer.

Entende-se que esta pesquisa avançou o conhecimento na área da qualidade de vida relacionada à saúde, com abordagem cultural, podendo subsidiar outros estudos de investigação. Assim, salienta-se que adotar um referencial teórico é importante para proporcionar maior compreensão dos resultados e generalização dos dados de pesquisas.

Conclusão

A qualidade de vida relacionada à saúde foi melhor, nos domínios Estado geral de saúde e as funções de Desempenho de Papel e Cognitiva, na população brasileira. Os sintomas fadiga, dor, dispneia, insônia e diarreia estiveram mais presentes na população espanhola, com diferença estatisticamente significativa, evidenciando que a qualidade de vida relacionada à saúde dos brasileiros foi melhor que a amostra espanhola.

Colaborações

Sawada NO contribuiu para a concepção do projeto, interpretação dos dados e aprovação da versão final a ser publicada. Paiva BSR, Paiva CE, Sonobe HM, García-Caro MP e Cruz-Quintana F contribuíram na redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Referências

1. Barbosa IR, Souza DLB, Bernal MM, Costa ICC. Cancer mortality in Brazil temporal trends and predictors for the year 2030. *Medicine* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 05]; 94(16):e746. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=25906105>
2. Organization of Economic Co-operation and Development. Health at a glance: Europe 2016 - State of health in the EU cycle, OECD Publishing, Paris [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 30]. Available from: <http://www.oecd.org/rights>
3. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimatives for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*. 2013; 49(6):1374-403.
4. Kings CR, Hinds PS. Quality of life from nursing and patients perspective, Washington DC, third edition, United Kingdom. Sudbury, Mass: Jones Barlett Learning; 2012.
5. Brabo EP, Paschoal MEM, Biasoli I, Nogueira FT, Gomes MCB, Gomes IP, et al. Brazilian version on the QLQC 13 lung cancer: preliminary reliability and validity report. *Qual Life Res*. 2006; 15(9):1519-24.
6. Urdaniz JIA, Lturte EV, Vega FA, Domínguez MAD, Milagro NL, Burgaleta AM, et al. The EORTC quality of life questionnaire QLQ C30 (version 3.0) validation study for spanish prostate cancer patients. *Arch Esp Urol*. 2008; 61(8):949-54.
7. Ashing-Giwa KT. The contextual modelo of HRQoL: a paradigm for expanding the HRQoL framework. *Qual Life Res*. 2005; 14(2):297-30.
8. Instituto Nacional de Estadística. Anuário Estadístico de España [Internet]. 2009 [cited 2016 nov 30]. Available from: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm#30ml>
9. Instituto Nacional de Estadística. Anuário Estadístico de España [Internet]. 2014 [cited 2016 nov 30]. Available from: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario14/anu14_08merca.pdf.
10. Ferreira AM, Almeida JM. Religião e cidadania protagonistas, motivações e dinâmicas sociais no contexto ibérico. Lisboa: Fundação para Ciência e Tecnologia; 2011.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores de vida da população brasileira [Internet]. 2014 [citado 2016 nov 30]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao
12. Astier-Peña MP. Atención primária à saúde na Espanha. *Rev Bras Fam Comunidade*. 2014; 9(33):391-4.
13. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinkop J. O sistema de saúde brasileiro: história avanços e desafios [Internet]. 2011 [citado 2016 nov 30]. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf
14. Scott NW, Fayers PM, Aaronson NK, Bottomley A, Graeff A. The relationship between overall quality of life and its subdimensions was influenced by culture: analysis of an international database. *J Clin Epidemiol*. 2008; 61(8):788-95.
15. Hinz A, Singer S, Brähler E. European reference values for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30: Results of a German investigation and a summarizing analysis of six European general population normative studies. *Acta Oncol*. 2014; 53(7):958-65.
16. Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Martinez-Martin P. Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(2):310-9.
17. Kagawa-Singer M. Applying the concept of culture to reduce health disparities through health behavior research. *Prevent Med*. 2012; 55(5):356-61.
18. Ruiz-Casado A, Verdugo AS, Solano MJ, Aldazabal IP, Fiuza-Luces C, Alejo LB, et al. Objectively assessed physical activity levels in Spanish cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2014; 41(1):1-9.
19. Pucci GCMF, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Association between physical activity and quality of life in adults. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1):166-79.