

Qualidade de vida de pacientes oncológicos

Quality of life of cancer patients

MARIA JÚLIA SANTOS ROSA

Discente de Farmácia (UNIPAM)
mariajuliasr@unipam.edu.br

NÁDIA CAMILA RODRIGUES COSTA CAIXETA

Professora orientadora (UNIPAM)
nadiacamila@unipam.edu.br

Resumo: O câncer compromete significativamente o estado de saúde e a qualidade de vida (QV) dos indivíduos. Este estudo teve como objetivo avaliar a QV de pacientes oncológicos internados em uma instituição filantrópica de Patos de Minas (MG). Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, realizada em julho de 2025 com 48 pacientes, utilizando questionário sociodemográfico e o EORTC QLQ-C30. A análise incluiu correlação de Spearman e regressão linear múltipla. A QV global apresentou média intermediária (64,41). As funções emocional, cognitiva e social mostraram melhor preservação e correlação positiva com a QV, enquanto fadiga, insônia e dor apresentaram correlação negativa significativa. A função física e anemocional explicaram 22,8% da variação da QV, com impacto positivo, enquanto fadiga e diarreia explicaram 33,8%, com impacto negativo. Concluiu-se que a QV é influenciada positivamente por aspectos físicos e emocionais e negativamente por sintomas debilitantes, destacando-se a importância do farmacêutico clínico no cuidado multiprofissional.

Palavras-chave: câncer; qualidade de vida; saúde global; escala de função; sintomas.

Abstract: Cancer significantly compromises individuals' health status and quality of life (QoL). This study aimed to evaluate the QoL of cancer patients hospitalized in a philanthropic institution in Patos de Minas, Minas Gerais, Brazil. This was a descriptive, quantitative study conducted in July 2025 with 48 patients, using a sociodemographic questionnaire and the EORTC QLQ-C30. The analysis included Spearman correlation and multiple linear regression. Global QoL showed an intermediate mean score (64.41). Emotional, cognitive, and social functioning were better preserved and showed a positive correlation with QoL, whereas fatigue, insomnia, and pain showed a significant negative correlation. Physical and emotional functioning explained 22.8% of the variation in QoL, with a positive impact, while fatigue and diarrhea explained 33.8%, with a negative impact. It was concluded that QoL is positively influenced by physical and emotional aspects and negatively influenced by debilitating symptoms, highlighting the importance of the clinical pharmacist in multiprofessional care.

Keywords: cancer; quality of life; global health; functional scale; symptoms.

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) é um conceito amplo, multidimensional e subjetivo, que abrange a percepção do indivíduo sobre seu bem-estar físico, emocional, social e funcional. A QV envolve a avaliação que a pessoa faz de sua posição na vida, considerando o contexto cultural, os objetivos pessoais, o estado de saúde e as expectativas individuais (OMS, 2016).

É definida como o estado de saúde percebido pelo indivíduo, que é refletido na sua autonomia e satisfação com a vida familiar, amorosa, social e ambiental (OMS, 2016). Com o tratamento, percebe-se um comprometimento da QV, uma vez que os problemas físicos e emocionais podem ressoar na capacidade funcional e bem-estar resultando na perda de libido, incontinência fecal, dor, alterações da imagem, diminuição do peso, sintomas de ansiedade e depressão e inibição para o trabalho (Monteiro; Sousa, 2018; Pereira *et al.*, 2020; Salvetti *et al.*, 2020).

No Brasil, o câncer é a segunda principal causa de morte, de acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer (Câncer, 2004). A cada ano, 8,2 milhões de pessoas morrem de câncer no mundo (Silva, 2017). Com o avanço da doença, estima-se que, em 2040, aproximadamente 30 milhões de pessoas sejam acometidas e que o número de óbitos suba para 16,3 milhões (Globocan, 2020).

O câncer é caracterizado pelo crescimento descontrolado e desordenado de células que podem se espalhar pela corrente sanguínea ou pelo sistema linfático, afetando outros tecidos e órgãos. Essas células são agressivas e se dividem rapidamente, formando uma massa chamada tumor ou neoplasia maligna, que, ao invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, leva o nome de metástase (INCA, 2022; Floriano *et al.*, 2017). O surgimento do tumor pode ter relação com as causas internas (mutação genética) e as causas externas (meio ambiente), este representando cerca de 80 a 90% dos casos de câncer oriundos dos hábitos e estilo de vida, alimentação e envelhecimento (INCA, 2022).

O indivíduo com câncer enfrenta uma série de estressores que podem impactar significativamente sua qualidade de vida, incluindo a suspeita de um diagnóstico adverso, a confirmação do diagnóstico, o temor do tratamento, a diminuição da autoestima e o medo da recidiva da doença e da morte (Gomes *et al.*, 2018).

Frente ao impacto causado pelo diagnóstico e tratamento do câncer para o paciente, questiona-se: como é a qualidade de vida de pacientes oncológicos? Por isso, a escolha desta temática foi motivada levando-se em consideração os impactos do câncer na QV dos pacientes e a relevância de avaliar a QV por instrumentos validados, visto que seus resultados ajudam a melhorar os serviços de saúde e estilo de vida dos pacientes, promovendo um tratamento mais holístico e eficaz.

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos internados em uma instituição filantrópica de Patos de Minas (MG). Especificamente, caracterizar o perfil sociodemográfico de pacientes oncológicos internados na instituição filantrópica e investigar o impacto dos fatores individuais e contextuais sobre a qualidade de vida dos pacientes.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa caracterizou-se como uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, que teve como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno; sendo também de caráter exploratório que teve como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (Gil, 2002).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) e aprovado com o CAAE 83163224.9.0000.5549, em conformidade com os preceitos éticos e legais estipulados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

A amostra foi escolhida por conveniência, em que 50 pacientes internados na enfermaria oncológica foram convidados a participar da pesquisa. Essa enfermaria conta com 26 leitos e pertence a Santa Casa de Misericórdia de Patos de Minas (MG), uma instituição filantrópica, escolhida como local de estudo por se tratar de um serviço oncológico habilitado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de extrema importância na microrregião, além de ser campo de estágio para as instituições formadoras de profissionais da área de saúde.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ambos os sexos, idade igual ou superior a 18 anos, paciente oncológico em tratamento, quimioterápico, radioterápico, em pós-operatório e/ou cuidados paliativos, que aceitou participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os participantes que recusaram a participação e aqueles que tiveram algum déficit cognitivo registrado em prontuário, o qual poderia dificultar a compreensão e/ou a participação na pesquisa e no questionário.

A coleta de dados foi conduzida no mês de julho de 2025, a beira-leito do paciente, de forma individualizada para assegurar a privacidade dos participantes, com utilização de dois instrumentos:

- I. Questionário de dados sociodemográficos (Silveira *et al.*, 2021) e
- II. Questionário de qualidade de vida da Organização Europeia (EORTC QLQ-C30), versão 3.0 em português (Ferreira, 1997): validado para mensurar a QV dos pacientes com câncer. Conta com 30 questões, os itens de 1 a 28 foram avaliados em escala Likert de 1 a 4 pontos, enquanto esse valor é de 1 a 7 pontos para as questões 29 e 30. Então, uma transformação linear desses valores foi realizada, segundo orientações do EORTC-QLQ-C30, gerando um escore final entre 0 e 100 pontos. Para interpretação das escalas funcionais e de saúde global, quanto maior o valor, melhores as condições; quanto às escalas de sintomas e dificuldade financeira, quanto maior o valor, maior a presença destes (Paiva *et al.*, 2014), logo pior as condições de QV.

Esta pesquisa teve como benefício um melhor entendimento sobre a percepção dos pacientes oncológicos sobre a qualidade de vida, promovendo um tratamento holístico e eficaz aos indivíduos em tratamento.

Um possível risco foi o constrangimento dos participantes ao responderem ao instrumento de coleta de dados. Medidas preventivas para minimizar os riscos foram adotadas, como garantir uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtendo informações apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa; garantir o sigilo em relação às respostas e o anonimato com identificação os participantes pelas letras iniciais de seus nomes. Reforça-se o compromisso de uso das informações apenas para fins acadêmicos e científicos.

Os dados foram inicialmente digitados em planilha do Microsoft Excel, e a análise estatística foi realizada pelo programa SPSS versão 22.0. Para a análise estatística descritiva, foi realizado o cálculo de frequência relativa e absoluta para as variáveis categóricas e o cálculo de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. O teste de Spearman é uma análise não paramétrica e foi utilizado para avaliar a relação entre duas variáveis: a qualidade de vida e as escalas. Ele mede a força e a direção da associação entre elas, ou seja, a força indica o quão próximas as variáveis estão de uma relação monotônica (isto é, quando uma aumenta, a outra tende a aumentar ou diminuir de forma consistente). A direção pode ser positiva (quando o aumento de uma variável está associado ao aumento da outra), negativa (quando o aumento de uma variável está associado a diminuição da outra) ou próxima de zero (indica pouca ou nenhuma correlação). Para interpretação do ρ de Spearman, considera-se a força da correlação como muito fraca (0,00 – 0,19), fraca (0,20 – 0,39), moderada (0,40 – 0,59), forte (0,60 – 0,79) e muito forte (0,80 – 1,00). A análise de regressão linear múltipla usando o método Stepwise foi o modelo estatístico usado para explicar ou prever quais fatores têm maior impacto sobre a qualidade de vida e quantificar essa influência. Foi considerado um valor $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

3 RESULTADOS

Os resultados a seguir (Tabela 1) foram obtidos a partir da coleta de dados de 48 pacientes internados na enfermaria oncológica. Dois participantes foram excluídos por registrar informações incompletas nos questionários.

Dos 48 participantes da pesquisa, a maioria era do sexo masculino, sendo 25 homens (52,1%) e 23 mulheres (47,9%). Observou-se prevalência de indivíduos com idade superior a 60 anos (54,2%, $n=26$), casados(as) (50,0%, $n=24$), com renda mensal de até um salário mínimo (70,8%, $n=34$) e com escolaridade até o ensino fundamental incompleto (43,8%, $n=21$). Quanto à religião, predominou a católica (77,1%, $n=37$). Em relação à raça/cor, a maioria se autodeclarou parda (41,7%, $n=20$) (Tabela 1, pag. 7).

No momento da coleta, 85,4% ($n=41$) dos participantes encontravam-se fora do mercado de trabalho, e 45,8% ($n=22$) relataram não consumir bebidas alcoólicas. Com relação ao tabagismo, houve um empate entre ex fumantes e aqueles que nunca fumaram (Tabela 1)

No que se refere aos hábitos de vida, identificou-se um predomínio de participantes que não praticam atividade física regularmente (56,3%, $n=27$) e que não necessitam de ajuda para realizar as atividades diárias (68,8%, $n=33$). Quanto ao uso de

medicamentos, 39,6% (n=19) não fazem uso contínuo, já 37,5% (n=18) fazem uso de três ou mais (Tabela 1).

Os resultados relacionados à qualidade de vida dos participantes, descritos na Tabela 2, foram avaliados por meio do instrumento EORTC QLQ-C30. Destaca-se que, nas escalas funcionais e de saúde global, quanto maior o valor, melhores são as condições de qualidade de vida do paciente oncológico. Por outro lado, nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, quanto maior o valor, maior é a presença destes, ou seja, pior é a QV dos pacientes.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes em tratamento oncológico, internados na instituição filantrópica de Patos de Minas, MG, 2025 (N=48).

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem (%)
Gênero	Masculino	25	52,1
	Feminino	23	47,9
Faixa Etária	20 a 39 anos	5	10,4
	40 a 49 anos	3	6,3
	50 a 59 anos	14	29,2
	≥ 60 anos	26	54,2
	Casado(a)	24	50,0
Estado Conjugal	Solteiro(a)	13	27,1
	Divorciado(a)	5	10,4
	Viúvo(a)	6	12,5
Escolaridade	Analfabeto/Primário	7	14,6
	Fundamental incompleto	21	43,8
	Fundamental completo	6	12,5
	Médio incompleto	4	8,3
	Médio completo	9	18,8
	Superior completo/incompleto	1	2,1
Renda	Sem renda/Não sabe	9	18,8
	Até 1 SM	34	70,8
	Acima de 3	4	8,3
	Acima de 3	1	2,1
Trabalha atualmente	Sim	7	14,6
	Não	41	85,4
Religião	Católico(a)	37	77,1
	Evangélico(a)	9	18,8
	Ateu	2	4,2
Raça	Branca	18	37,5
	Parda	20	41,7
	Amarela	2	4,2
	Negra	8	16,7
Tabagismo	Não	23	47,9
	Ex Fumante	23	47,9
	Fumante atualmente	2	4,2
Etilismo	Não bebe	22	45,8
	Bebe atualmente	9	18,8
	Já bebeu	17	35,4
Atividades Físicas	Sim	15	31,3

Ajuda em Atividade Física	Às vezes	6	12,5
	Não	27	56,3
	Sim	15	31,3
	Não	33	68,8
Medicações	Não toma medicamento	19	39,6
	De um a dois medicamentos	11	22,9
	Três ou mais medicamentos	18	37,5

SM - Salário mínimo R\$ 1.518,00 referente ao ano de 2025.

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

A média geral da escala de saúde global foi de 64,41, sugerindo uma percepção intermediária da QV durante o tratamento oncológico. Em relação ao impacto financeiro, considerando que a maioria dos participantes não exerce atividade laboral no momento, observou-se uma média de 20,83, indicando que o tratamento afeta de forma relevante a condição econômica dos pacientes (Tabela 2).

As funções cognitiva, emocional e social apresentaram as melhores pontuações médias, 79,51; 78,47 e 74,65, respectivamente, indicando que essas funções foram menos acometidas pelo tratamento oncológico. A função física e a capacidade para realização de atividades diárias do cotidiano apresentaram valores medianos, 59,17 e 46,53, respectivamente, indicando que esses domínios afetaram moderadamente a QV (Tabela 2).

Tabela 2: Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão dos domínios do EORTC-QLQ-C30, Patos de Minas, MG, 2025 (N=48).

Domínio	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Escala de saúde global				
Qualidade de vida global	0	100	64,41	33,41
Escala funcional				
Função física	0	100	59,17	34,4
Função cognitiva	0	100	79,51	26,01
Função emocional	25	100	78,47	24,9
Função social	0	100	74,65	32,25
Atividades diárias	0	100	46,53	38,74
Escala de sintomas				
Constipação	0	100	16,67	30,75
Diarreia	0	66,67	13,89	20,44
Dificuldades financeiras	0	100	20,83	32,71
Dor	0	100	31,25	38,69
Fadiga	0	100	43,29	30,6
Falta de apetite	0	100	44,44	40,87
Falta de ar	0	100	19,44	33,57
Insônia	0	100	34,72	42,92
Náusea e vômito	0	83,33	17,01	21,88

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Na escala de sintomas (Tabela 2), a média de valor menor que 20 foi representada por constipação (16,67), diarreia (13,89), falta de ar (19,44) e náusea e vômito (17,01), indicando o alto impacto na QV. Outros sintomas, com valores médios entre 30 e 50, impactaram de forma moderada a QV, como dor (31,25), fadiga (43,29), falta de apetite (44,44), insônia (34,72).

Do ponto de vista metodológico, o teste de Spearman foi escolhido por permitir identificar associações monotônicas sem depender de linearidade e se torna menos afetado por desvios da normalidade (EORTC, 2001; Scott *et al.*, 2008).

A análise de correlações de Spearman entre a qualidade de vida global (QVG) e as dimensões funcionais do EORTC QLQ-C30 mostraram relações positivas e significativas em todas as escalas avaliadas (n=48) (Tabela 3). Isso indica que escores mais altos nas escalas funcionais refletem melhor aptidão do paciente, em concordância com os resultados esperados e com estudos anteriores que validam o QLQ-C30 em pacientes oncológicos (EORTC, 2001; Scott *et al.*, 2008; Michels; Latorre; Maciel, 2013).

Tabela 3: Correlação de Spearman entre Qualidade de Vida Global e a escala funcional do EORTC QLQ-C30 (N=48).

Escala funcional (EORTC QLQ-C30)	ρ de Spearman	p (bicaudal)
PF2 - Função Física	0,540	< 0,001
RF2 - Função de Atividades diárias	0,385	0,007
EF - Função Emocional	0,404	0,004
CF - Função Cognitiva	0,343	0,017
SF - Função Social	0,385	0,007

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

A função física apresentou a maior magnitude de associação ($\rho = 0,540$; $p < 0,001$) (Tabela 3), sugerindo que os pacientes têm maior autonomia para realizar atividades diárias, mobilidade e autocuidado, se traduzem em melhor percepção global de qualidade de vida (Franceschini *et al.*, 2010; Musoro *et al.*, 2023).

A função emocional apresentou uma correlação moderada e positiva ($\rho = 0,404$; $p = 0,004$), indicando que menores níveis de tensão, preocupação, irritabilidade e humor deprimido contribuem de maneira independente para o aumento da qualidade de vida global (QOL) (Michels; Latorre; Maciel, 2013; Musoro *et al.*, 2023).

A função de atividades diárias e função social (ambas $\rho = 0,385$; $p = 0,007$) mostraram magnitudes moderadas, consistentes com a influência de limitações no desempenho de atividades habituais e na participação social, portanto, a avaliação global de saúde é frequentemente influenciada por fatores como fadiga, dor e desempenho físico (Franceschini *et al.*, 2010; Michels; Latorre; Maciel, 2013).

Por sua vez, a função cognitiva apresentou a menor magnitude entre as associações moderadas ($\rho = 0,343$; $p = 0,017$), quadro coerente com evidências de que atenção e memória impactam a percepção de qualidade de vida de modo real, porém relativamente mais sutil do que os domínios físico e emocional, estando sujeitas a variáveis contextuais como tratamento, idade, escolaridade e fadiga (Oliveira *et al.*, 2022).

Em conjunto, os resultados da Tabela 3 reiteram a capacidade do QLQ-C30 em discriminar dimensões funcionais com contributos diferenciados para a qualidade de vida global, destacando o papel predominante de aspectos físicos e emocionais, enquanto as atividades diárias, a vida social e a cognição oferecem uma contribuição adicional e clinicamente relevante para a variabilidade do desfecho global (Franceschini *et al.*, 2010; Michels; Latorre; Maciel, 2013; Musoro *et al.*, 2023; Pilz *et al.*, 2025).

A interpretação das magnitudes segue referências padronizadas como pequena = 0,10–0,29; moderada = 0,30–0,49; grande/forte $\geq 0,50$, de acordo com as recomendações do manual do EORTC, permitindo qualificar os efeitos observados, sendo forte para o funcionamento físico e moderados para as demais escalas (Scott *et al.*, 2008; Michels; Latorre; Maciel, 2013).

A análise de correlação de Spearman entre a QVG do EORTC QLQ-C30 e as escalas de sintomas demonstraram associações negativas, em conformidade com o pressuposto de que escores mais elevados de sintomas indicam pior qualidade de vida (EORTC, 2001; Scott *et al.*, 2008); desse modo, espera-se a QVG com resultados negativos (Tabela 4).

Tabela 4: Correlação de Spearman entre Qualidade de Vida Global e a escala de sintomas do EORTC QLQ-C30 (N=48).

Escala de Sintomas (EORTC QLQ-C30)	ρ de Spearman	p (bicaudal)
FA - Fadiga	-0,604	< 0,001
NV - Náusea/Vômito	0,039	0,793
PA - Dor	-0,426	0,003
DY - Falta de Ar	-0,262	0,072
SL - Insônia	-0,506	< 0,001
AP - Perda de Appetite	-0,393	0,006
CO - Constipação	-0,213	0,146
DI - Diarreia	-0,299	0,039
FI - Dificuldades Financeiras	-0,241	0,100

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

A escolha do teste de Spearman ajudou a identificar relações entre as variáveis sem precisar que elas fossem lineares, característica que o torna indicado para análises em que a normalidade pode estar comprometida (EORTC, 2001).

Conforme a Tabela 4, observa-se correlação negativa forte a moderada para fadiga ($\rho = -0,604$; $p < 0,001$) e insônia ($\rho = -0,506$; $p < 0,001$), indicando que maior intensidade dessas queixas se associa à pior percepção global de qualidade de vida, com relevância clínica plausível dada a ampla evidência de que fadiga e distúrbios do sono impactam no funcionamento e bem-estar do paciente (Michels; Latorre; Maciel, 2013; Musoro *et al.*, 2023).

A dor apresentou correlação negativa de magnitude moderada ($\rho = -0,426$; $p = 0,003$), igualmente consistente com a literatura que descreve seu papel transversal na redução da qualidade de vida em oncologia (Franceschini *et al.*, 2010; Musoro *et al.*, 2023). Perda de apetite mostrou associação negativa moderada ($\rho = -0,393$; $p = 0,006$), refletindo

o efeito de sintomas constitucionais sobre a percepção de saúde e bem estar global (Michels; Latorre; Maciel, 2013).

Por outro lado, falta de ar ($\rho = -0,262$; $p = 0,072$), constipação ($\rho = -0,213$; $p = 0,146$) e dificuldades financeiras ($\rho = -0,241$; $p = 0,100$) não atingiram significância estatística bicaudal ao nível de 5%, ainda que os sinais negativos sejam coerentes com a direção teórica (EORTC, 2001; Scott *et al.*, 2008), isto é, pior sintomatologia associada a pior QVG.

Náusea/vômito não apresentaram associação relevante ($\rho = 0,039$; $p = 0,793$), possivelmente refletindo baixa frequência/intensidade do sintoma na amostra efetiva em curso (Franceschini *et al.*, 2010).

Para interpretação da magnitude dos efeitos, adotaram-se faixas comumente padronizadas como pequena = 0,10–0,29; moderada = 0,30–0,49; grande/forte $\geq 0,50$), de acordo com as recomendações do manual do EORTC (Scott *et al.*, 2008), o que posiciona fadiga e insônia no espectro moderado a forte e dor/perda de apetite no espectro moderado.

Em conjunto, os achados da Tabela 4 reforçam a validade convergente do QLQ-C30 (Michels; Latorre; Maciel, 2013; Franceschini *et al.*, 2010) e destacam aspectos essenciais para o cuidado centrado no paciente, principalmente o controle da fadiga, da insônia e da dor, que podem gerar avanços notáveis na qualidade de vida percebida (Musoro *et al.*, 2023).

Foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, utilizando o método Stepwise, com o objetivo de identificar quais dimensões funcionais do instrumento EORTC QLQ-C30 explicam a Variável Qualidade de Vida Global. Após o procedimento de seleção automática, dois preditores permaneceram no modelo: Função Física (PF2) e Função Emocional (EF). A análise dos pressupostos indicou adequação estatística, com normalidade dos resíduos dentro de limites aceitáveis, ausência de multicolinearidade entre as variáveis (Tolerance = 0,868; VIF = 1,152) e independência dos resíduos (Durbin-Watson = 2,168), indicando que o modelo é estável e apropriado para interpretação, mostrado na Tabela 5.

Tabela 5: Coeficientes do modelo de regressão
(Variável dependente: Qualidade de Vida).

Variável	B	EP (B)	β (Beta)	t	P (bicaudal)	Tolerance	VIF
Constante	14,078	14,386	—	0,979	0,333	—	—
PF2 - Função Física	0,301	0,134	0,310	2,251	0,029	0,868	1,152
EF - Função Emocional	0,415	0,185	0,309	2,246	0,030	0,868	1,152

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

O modelo final apresentou ajuste global estatisticamente significativo ($F(2,45) = 7,947$; $p = 0,001$), com R^2 ajustado de 22,8%. Esse valor demonstra que pouco mais de um quinto da variação observada na Qualidade de Vida pode ser explicada, conjuntamente, pela Função Física e Função Emocional. Os coeficientes padronizados (β) mostraram

magnitudes semelhantes entre os dois preditores (PF2 $\beta = 0,310$; EF $\beta = 0,309$), sugerindo que ambos os domínios exercem impacto relativo equivalente sobre a percepção global de qualidade de vida.

Do ponto de vista aplicado, verificou-se que, mantendo constante o outro preditor, um aumento de 10 pontos no escore de função física está associado a um incremento médio de 3,01 pontos na QVG. Da mesma forma, um aumento de 10 pontos no escore de função emocional projeta um acréscimo médio de 4,15 pontos na mesma medida. A partir dos coeficientes não padronizados, a equação de predição do modelo foi definida como:

$$\text{Qualidade de Vida prevista} = 14,078 + 0,301 \times \text{Função Física (PF2)} + 0,415 \times \text{Função Emocional (EF)}$$

Considerando que, nas escalas funcionais do QLQ-C30, maiores escores indicam melhor funcionamento, os resultados mostram que tanto melhorias físicas quanto emocionais contribuem de forma aditiva e clinicamente significativa para o aumento da qualidade de vida. Esses achados reforçam a importância de intervenções multiprofissionais que favoreçam simultaneamente a recuperação funcional e o suporte emocional.

A análise de regressão linear múltipla com método Stepwise indicou que os sintomas de fadiga e diarreia permaneceram como preditores significativos da QVG avaliada pelo instrumento EORTC QLQ-C30. O modelo final apresentou ajuste estatisticamente significativo ($F(2,45) = 12,989$; $p < 0,001$), explicando aproximadamente 33,8% da variabilidade da QV entre os participantes. Esse resultado indica que cerca de um terço da percepção global de qualidade de vida pode ser atribuída à intensidade desses dois sintomas. Além disso, observou-se independência dos resíduos (Durbin-Watson = 1,812) e ausência de evidências de multicolinearidade entre os preditores, sugerindo adequação do modelo estatístico.

Como mostrado na Tabela 6, os coeficientes padronizados revelaram que ambos os sintomas exerceram impacto negativo significativo sobre a QV, sendo a fadiga o fator de maior peso ($\beta = -0,505$; $p < 0,001$), seguida pela diarreia ($\beta = -0,308$; $p = 0,013$). Esses achados estão alinhados com a lógica interpretativa do QLQ-C30, em que escores mais altos nas escalas de sintomas representam pior condição clínica.

Tabela 6: Coeficientes do modelo de regressão
(Variável dependente: Qualidade de Vida).

Variável	B	EP (B)	β (Beta)	t	P (bicaudal)	Tolerance	VIF
Constante	95,274	7,257	—	13,128	< 0,001	—	—
FA - Fadiga	-0,551	0,130	-0,505	-4,250	< 0,001	0,997	1,003
DI - Diarreia	-0,503	0,194	-0,308	-2,591	0,013	0,997	1,003

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Em termos práticos, os coeficientes não padronizados indicaram que, mantendo-se constante o efeito do outro sintoma, cada aumento de 10 pontos no escore de fadiga associa-se à redução média de 5,51 pontos na QV, enquanto o mesmo incremento no escore de diarreia resulta em diminuição aproximada de 5,03 pontos no desfecho global. A partir desses coeficientes, obteve-se a equação preditiva do modelo:

$$\text{Qualidade de Vida prevista} = 95,274 - 0,551 \times \text{Fadiga} - 0,503 \times \text{Diarreia}$$

De modo geral, os resultados indicam que intervenções assistenciais e terapêuticas que reduzam a fadiga e controlem episódios de diarreia podem contribuir de maneira expressiva para a melhoria da percepção de QV dos pacientes avaliados.

4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que a qualidade de vida dos pacientes oncológicos internados apresentou valores intermediários na escala de saúde global (64,41), indicando uma percepção moderada do bem-estar durante o tratamento. Silveira *et al.* (2021) e Monteiro e Sousa (2018) observaram uma redução significativa da qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento oncológico, principalmente em decorrência dos efeitos adversos físicos e psicológicos do tratamento. Assim, medidas que incluam programas estruturados de reabilitação física, manejo otimizado da dor, estratégias para higiene do sono e suporte emocional podem contribuir para ganhos substanciais no funcionamento diário e no bem-estar geral. Também, ações focadas no controle rigoroso dos sintomas e na promoção de autonomia funcional representam caminhos essenciais para elevar o escore global acima do patamar moderado identificado.

A predominância de pacientes idosos (54,2% $\geq$ 60 anos) e com baixa escolaridade/ensino fundamental incompleto (43,8%) pode ter influenciado nos resultados encontrados. A literatura aponta que o envelhecimento e o menor nível de instrução estão associados à menor percepção de saúde e maior vulnerabilidade social (Pereira *et al.*, 2020; Paiva *et al.*, 2014). Além disso, 70,8% dos entrevistados apresentavam renda de até um salário mínimo, o que reforça a influência de fatores socioeconômicos sobre a qualidade de vida, como também observado por Gomes *et al.* (2018).

Em relação as funções cognitivas, emocionais e sociais, os escores elevados (79,51; 78,47 e 74,65) sugerem que esses domínios foram menos comprometidos entre os participantes, o que pode estar relacionado à presença de suporte familiar e religioso, predominando a religião católica (77,1). Estudos de Salvetti *et al.* (2020) e Pereira *et al.* (2020) reforçam que o apoio espiritual e o convívio social contribuem positivamente para o enfrentamento do câncer, proporcionando melhor adaptação emocional e fortalecimento psicológico durante o tratamento. Os resultados observados por Moreira Junior *et al.* (2020) destacaram que a função emocional foi o domínio mais comprometido entre os pacientes, com escore médio inferior a 60 pontos. Essa constatação reforça a presença de impactos psicológicos significativos durante o tratamento oncológico.

Portanto, os domínios físicos e de atividades diárias apresentaram escores mais baixos (59,17 e 46,53), refletindo o impacto funcional da doença e do tratamento oncológico sobre a capacidade de execução das tarefas cotidianas. Esse resultado é consistente com a literatura, que destaca que a fadiga, a dor e a limitação motora estão

entre os principais fatores que reduzem a autonomia dos pacientes oncológicos (Silveira *et al.*, 2021; Monteiro; Sousa, 2018).

Na escala de sintomas, destacaram-se fadiga (43,29), falta de apetite (44,44), insônia (34,72) e dor (31,25), sintomas que impactam de forma relevante o bem-estar físico e emocional. Esses achados são semelhantes aos encontrados por Salvetti *et al.* (2020), que identificaram alta prevalência desses sintomas durante o tratamento quimioterápico, interferindo diretamente na percepção de qualidade de vida. Os sintomas gastrointestinais, como constipação, diarreia, náusea e vômito, também apresentaram médias elevadas, possivelmente em decorrência dos efeitos colaterais da quimioterapia, conforme destacado por Paiva *et al.* (2014). Semelhante ao ocorrido no estudo de Moreira Junior *et al.* (2020), em que os escores elevados foram relacionados aos sintomas de diarreia (89,85), dispneia (78,26) e náusea e vômito (77,53), indicando alta intensidade de sintomas adversos.

Outro aspecto relevante foi a dificuldade financeira média (20,83), associada à impossibilidade de trabalho relatada por (85,4%) dos participantes. A literatura enfatiza que os custos associados ao tratamento oncológico representam fatores agravantes na percepção negativa da qualidade de vida (Pereira *et al.*, 2020; Gomes *et al.*, 2018). Ainda, Moreira Junior *et al.* (2020) registraram média expressiva (81,16%), o que reforça a forte associação entre o tratamento oncológico e o comprometimento das condições socioeconômicas. Essa situação demonstra a importância de políticas públicas que ampliem o apoio financeiro e social aos pacientes oncológicos.

De forma geral, os resultados deste estudo confirmam que o câncer e seu tratamento afetam de maneira multidimensional a vida dos indivíduos, abrangendo aspectos físicos, emocionais, sociais e econômicos. A análise das correlações de Spearman reforçou esse cenário. A função física apresentou a associação mais forte com a QVG ($\rho = 0,540$; $p < 0,001$), evidenciando que o desempenho motor e a capacidade funcional são centrais para a percepção geral de bem-estar, conforme apontado por Franceschini *et al.* (2010) e Musoro *et al.* (2023). A função emocional também apresentou relação significativa ($\rho = 0,404$; $p = 0,004$), indicando que sintomas afetivos como ansiedade, irritabilidade e tristeza desempenham papel relevante na experiência subjetiva do viver com câncer, como discutido por Michels, Latorre e Maciel (2013).

No que se refere aos sintomas, fadiga e insônia se destacaram por apresentarem correlações negativas de moderada a forte magnitude com a qualidade de vida ($\rho = -0,604$ e $\rho = -0,506$, respectivamente), revelando seu impacto significativo sobre funcionamento e bem-estar. Esse resultado é amplamente consistente com estudos que apontam a fadiga como um dos sintomas mais debilitantes na oncologia (Musoro *et al.*, 2023). A dor e a perda de apetite também mostraram impacto negativo de magnitude moderada, reforçando o papel dos sintomas físicos na redução da QVG.

A análise de regressão múltipla contribuiu para aprofundar a compreensão desses achados. No primeiro modelo, observou-se que a QVG foi explicada de forma significativa pela função física e função emocional, que juntas responderam por 22,8% da variabilidade do desfecho. Esse resultado reforça que a percepção de QV envolve tanto aspectos corporais quanto afetivos, confirmando o caráter biopsicossocial do processo de adoecimento oncológico. Já no segundo modelo, observou-se que fadiga e diarreia foram os principais sintomas preditores da redução da qualidade de vida,

explicando 33,8% da variabilidade do desfecho. A fadiga apresentou o maior impacto negativo, seguida da diarreia, corroborando achados de Michels, Latorre e Maciel (2013) e Musoro *et al.* (2023), que destacam esses sintomas como centrais na limitação funcional e no sofrimento subjetivo do paciente.

Dessa forma, os resultados deste estudo demonstram que intervenções que promovam melhora da função física, fortalecimento emocional, controle da fadiga e manejo adequado dos sintomas gastrointestinais podem gerar ganhos expressivos na QV dos pacientes oncológicos. Tais achados reforçam a importância de uma assistência multiprofissional, integrada e contínua, alinhada às recomendações da OMS (2016) para cuidados oncológicos e paliativos.

5 CONCLUSÃO

Concluiu-se que os pacientes oncológicos apresentaram nível moderado de qualidade de vida global, indicando que, embora enfrentem sintomas físicos expressivos e repercussões emocionais decorrentes da doença e do tratamento, mantêm uma percepção intermediária de bem-estar ao longo do processo terapêutico.

Os domínios cognitivo, emocional e social obtiveram escores mais elevados, sugerindo menor comprometimento nessas dimensões para a QV. Em contrapartida, os domínios função física e atividades cotidianas afetam diretamente a QV, tendo uma redução da capacidade funcional e limitação na execução de tarefas diárias.

No que se refere aos sintomas, fadiga, insônia, dor, perda de apetite e alterações gastrointestinais, como diarreia e constipação, destacaram-se como os fatores de maior impacto negativo sobre a QV. Soma-se a isso o agravante das dificuldades financeiras, evidenciando que o câncer repercute não apenas na esfera biológica, mas também em dimensões sociais e econômicas do viver.

Os modelos de regressão contribuíram para estimar a proporcionalidade do efeito que cada variável funcional, emocional, fadiga e diarreia teve sobre a QV. Sugere-se a criação de um plano terapêutico direcionado a ajustar esses efeitos como a reabilitação funcional, suporte psicológico contínuo e manejo adequado de sintomas gastrointestinais.

Não foi realizada a estratificação dos participantes pelo tempo de tratamento oncológico, variável fortemente associada à intensidade dos sintomas e ao desempenho funcional. Além disso, a amostra não contemplou pacientes que estavam, no momento da coleta, em ciclos ativos de quimioterapia ou radioterapia, o que pode explicar a baixa prevalência de sintomas típicos na população submetida às terapias antineoplásicas, como náuseas e vômitos. Esse cenário pode ter contribuído para escores menores nas escalas de sintomas gastrointestinais e, consequentemente, para uma percepção global de qualidade de vida menos comprometida. Assim, os achados devem ser interpretados considerando essas limitações metodológicas, que podem ter atenuado a expressão real do impacto dos sintomas adversos na QV dos pacientes oncológicos.

Este estudo apresenta relevância para a prática clínica e para o campo acadêmico. É importante considerar a atuação do farmacêutico clínico junto à equipe multiprofissional de assistência hospitalar, no manejo dos medicamentos e sua utilização terapêutica especialmente diante do impacto expressivo dos sintomas e da

complexidade terapêutica observada nesta população. As intervenções farmacêuticas podem envolver tratamentos baseados no uso direto de medicamentos, de natureza biológica ou química, além de procedimentos clínicos como cirurgias. Por sua vez, as intervenções não farmacológicas consistem em métodos indiretos voltados para elevar o bem-estar emocional, aliviar problemas de saúde mental, melhorar a qualidade de vida do paciente.

Além disso, faz-se menção ao uso de instrumentos validados, para assegurar condutas terapêuticas que estejam alinhadas às necessidades reais dos pacientes oncológicos e que tragam impactos para a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

CÂNCER no Brasil: presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 11, 2004.

EORTC QUALITY OF LIFE GROUP. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual, 3. ed, Bruxelas, Bélgica, 2001.

FERREIRA, P. L. The Portuguese version of the EORTC QLQ-C30. **10th International Meeting of European Society of Gynaecological Oncology**, Coimbra, Portugal. Bologna, Itália: Monduzzi Editore, 1997. p. 527-532.

FLORIANO D. F. *et al.* Complicações orais em pacientes tratados com radioterapia ou quimioterapia em um hospital de Santa Catarina. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 230-236, 2017.

FRANCESCHINI, J. *et al.* Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do questionário de qualidade de vida da European Organization for Research and Treatment of Cancer em pacientes com câncer de pulmão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília (DF), v. 36, n. 5, p. 595-602, 2010.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas? In: GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. cap. 4, p. 41-56.

GLOBOCAN. **Global Cancer Observatory**. Cancer Tomorrow, 2020.

GOMES, R. A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença oncohematológica em quimioterapia. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1200-5, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **O que é o câncer?** Rio de Janeiro: INCA; 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **ABC do Câncer – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**, versão atualizada. 6. ed., Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2023.

MICHELS, F. A. S.; LATORRE, M. R. D. O.; MACIEL, M. S. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 in Brazilian cancer patients. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo (SP), v. 16, n. 2, p. 352-363, 2013.

MONTEIRO, C. R. A. V.; SOUSA, T. K. C. Qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico. **Revista de Investigação Biomédica**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 38-46, 2018.

MOREIRA JUNIOR, A. F. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos de um centro de oncologia, Belém (PA). **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, Belém (PA), v. 12, n. 1, p. 2-9, 2020.

MUSORO, J. Z. *et al.* Minimally important differences for interpreting EORTC QLQ-C30 scores: thresholds for clinical importance for physical and emotional functioning, fatigue and pain. **European Journal of Cancer**, Oxford, Inglaterra, v. 186, p. 113-125, 2023.

OLIVEIRA, R. *et al.* Avaliação de queixas cognitivas e qualidade de vida em pacientes oncológicos: revisão narrativa. **Revista de Ciências da Saúde**, [S. l.], 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Planning and implementing palliative care services**: a guide for programme managers. Geneva: WHO, 2016.

PAIVA, C. E.; CARNASECA, E. C.; BARROSO, E. M.; CAMARGOS, M. G.; ALFANO, A. C.; RUGNO, F. C.; *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. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 22, n. 8, p. 2151-2160, 2014.

PEREIRA, A. A. C. *et al.* Avaliação da qualidade de vida e prevalência de sintomas depressivos em pacientes oncológicos submetidos à radioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Maringá (PR), v. 66, n. 1, p. e-12775, 2020.

PILZ, M. J. *et al.* The current use and application of thresholds for clinical importance of the EORTC QLQ-C30, the EORTC CAT core and the EORTC QLQ-C15-PAL. **Quality of Life Research**, [S. l.], 2025.

SALVETTI, M. D. G. *et al.* Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 73, n. 2, p. 1-7, 2020.

SCOTT, N. W. *et al.* **EORTC QLQ-C30 Reference Values**, Bruxelas, Bélgica, 2008.

SILVA, L. E. O. *et al.* Oncologia: conceitos e avanços. **Boletim Informativo do PET-Farmácia**, João Pessoa (PB), n. 1, p. 1-4, 2017.

SILVEIRA, F. M. *et al.* Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. eAPE00583, 2021.