



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

ISABELA CRISTINA ANTUNES DE SOUZA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS COM DOR**

São José do Rio Preto
2023

Isabela Cristina Antunes de Souza

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS COM DOR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Cuidados de Enfermagem e de Saúde nos Ciclos de Vida (CESCV).

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde (EDUS).

Financiamento: Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Orientador: Prof. Dr. Maria Helena Pinto

**São José do Rio Preto
2023**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESSE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Souza, Isabela Cristina Antunes de
Qualidade de vida de pacientes oncológicos com dor.
São José do Rio Preto, 2023.
57p.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio
Preto.
Área de Concentração: Processo de Trabalho em Enfermagem e Saúde
.Linha de Pesquisa: Cuidados de Enfermagem e de Saúde nos Ciclos de
Vida (CESCV)

Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde (EDUS)
Orientador: Maria Helena Pinto

1. Dor do câncer; 2. Enfermagem oncológica; 3. Qualidade de vida; 4.
Oncologia; 5. Dor; 6. Manejo da dor.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Helena Pinto
(Orientadora)

Prof. Dra Eliza Maria Rezende Dázio
1ª Avaliadora

Prof. Dra. Natália S.G. Marin dos Santos Sasaki
2ª Avaliadora

Prof. Dr. André Aparecido Da Silva Teles
1º Suplente

Prof. Dra. Marielza Ismael Martins
2º Suplente

São José do Rio Preto, 08/02/2024

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Renata e Aparecido Carlos, que nunca mediram esforços para investir em minha educação, sempre me incentivando a estudar mais. Agradeço pelo amor, conselhos e apoio de sempre.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Helena Pinto, que aceitou ser minha orientadora no Programa de Mestrado, acreditando em meu potencial e compartilhando seu tempo e conhecimento. Ao lado de um aluno sempre têm grandes mestres!

Ao meu noivo, Lucas de Biazi dos Santos, pela compreensão, encorajamento e sensibilidade, principalmente nos momentos mais difíceis. Obrigada por estar comigo nos melhores e piores momentos. Juntos vamos muito mais além.

Aos meus amigos, principalmente à Micaela Souza Santos, que contribuíram para que a caminhada rumo à finalização do mestrado fosse mais leve e divertida.

Ao Programa de Pós-graduação da FAMERP, pela organização e apoio aos alunos.

Aos participantes deste estudo.

À todos que contribuíram diretamente ou indiretamente à construção desta pesquisa.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	i
LISTA DE TABELAS	ii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRATCT	v
RESUMEN	vi
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	07
2.1 OBJETIVO GERAL.....	08
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	08
3. MÉTODOS.....	09
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	10
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	10
3.3 QUESTÕES ÉTICAS.....	11
3.4 COLETA DE DADOS.....	11
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	12
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSSÃO.....	23
6. CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	36
APENDICE I - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido - TCLE.....	44
APENDICE II - Instrumento De Coleta De Dados - Pacientes Oncológicos Que Sentem Dor.....	45
ANEXO I - Aprovação Do Comitê De Ética.....	47
ANEXO II – Instrumento EORTC QLQ-C30.....	48
ANEXO III - Autorização Dos Autores Para Utilização Do EORTC QLQ-C30 (Versão 3.0.).....	50

DEDICATÓRIA

Finalizar o mestrado é um sonho de infância. De certa forma a vontade de multiplicar o conhecimento sempre esteve dentro de mim.

Compartilho este sonho com meus pais e meu noivo. Estudar muitas vezes é solitário e angustiante. Ter ao lado pessoas que entendem os momentos ruins e estão sempre prontas para compartilhar os momentos bons, faz com que esta caminhada seja menos dolorosa.

Hoje, podemos dizer que conseguimos. Esta vitória é nossa.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil sociodemográfico dos participantes segundo a percepção de dor.....	16
Tabela 2.	Perfil clínico dos participantes segundo a percepção da dor.....	17
Tabela 3.	Nível de dor e tratamento relatado pelos participantes do estudo.....	18
Tabela 4.	Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo e máximo das escalas do instrumento de avaliação de qualidade de vida (QLQ-C30*).....	19
Tabela 5.	Média e desvio padrão dos scores das escalas do instrumento de avaliação de qualidade de vida (QLQ-C30*) dos participantes do estudo.....	20
Tabela 6.	Correlação entre as escalas do instrumento de avaliação de qualidade de vida (QLQ-C30*) e dor.....	21
Tabela 7.	Média e desvio padrão das escalas do instrumento de avaliação de qualidade de vida (QLQ-C30*) de acordo com o nível de dor.....	21
Tabela 8.	Comparação aos pares da escala de sintomas entre as categorias de dor.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

- AINES - Anti-inflamatórios não esteroidais
- CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
- DRS 15 - Departamento Regional de Saúde de Rio Preto
- EORTC QLQ-C30 - *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*
- EVA - Escala Visual Analógica
- FACT - *Functional Assessment of Cancer Therapy*
- FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
- HB - Hospital de Base de São José do Rio Preto
- IASP - *International Association for the Study of Pain*
- INCA - Instituto Nacional do Câncer
- NCCN - *National Comprehensive Cancer Network*
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- QV – Qualidade de vida
- SF-36 - *Short-Form 36*
- STROBE - *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- ICESP - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico e analisar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos com dor. **Métodos:** Estudo observacional, analítico, de natureza quantitativa, desenvolvido no período de Setembro de 2022 a Fevereiro de 2023. A coleta de dados foi constituída por dados sociodemográficos, clínicos e pelo Instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30). Foram incluídos pacientes em tratamento antineoplásico, que apresentaram dor pelo menos uma vez na última semana, que tinham capacidade física e cognitiva de responder questões simples e que aceitaram participar do estudo mediante assinatura voluntária do TCLE. O nível de dor sentido foi classificado de acordo com a escala de mensuração EVA. O nível de dor foi classificado em 3 níveis (leve de 1 a 2, moderada de 3 a 7 e intensa de 8 a 10). Foram incluídos 120 participantes, abordados no Serviço de Oncologia Clínica de um Hospital de ensino do estado de São Paulo. Os dados sociodemográficos e clínicos foram analisados por meio de estatística descritiva. Para análise exploratória utilizou-se estatística descritiva e inferencial, teste Mann-Whitney, teste Kruskal Wallis e correlação de Spearman, considerando-se um nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer nº: 5461238 e CAAE: 58397522.9.0000.5415. **Resultados:** Entre os participantes, 60,0% era do sexo feminino, a média de idade foi de 59,8 anos, 63,3% não apresentavam histórico de etilismo e 55,8% não tabagista. Os diagnósticos oncológicos mais prevalentes foram câncer de mama (27,5%), cólon e reto (17,5%) e tumores hematológicos (16,6%). 72,5% dos diagnósticos haviam sido realizados a menos de 1 ano e 53,3% dos participantes apresentavam alguma metástase. 76,6% dos participantes apesar de seguir algum tratamento para a dor não tinha melhora completa do desconforto, convivendo com a dor. 60,0% faziam uso de medicações não opióides. De acordo com a análise do EORTC QLQ-C30 houve diferença estatisticamente significativa na escala funcional ($p = 0,039$). Ao avaliar a correlação entre as escalas do instrumento e dor, observou-se diferença significativa nas três escalas avaliadas, com valores diretamente proporcionais na escala de sintomas ($r = 0,371$). Observou-se que o nível de dor e sintomas relatados impactam diretamente na QV. **Conclusão:** A dor, apesar de estar presente na maioria dos pacientes oncológicos, muitas vezes é mal manejada. Viver com dor impacta na qualidade de vida dos pacientes e familiares. Entender a influência da dor na qualidade de vida dos pacientes oncológicos é um passo importante para que as intervenções sejam focadas nos âmbitos mais influenciados negativamente. Pacientes oncológicos sem dor apresentam boa qualidade de vida tendem a apresentar melhor enfrentamento da doença e melhores condições físicas e psicológicas durante o tratamento. É importante que os profissionais da saúde conheçam esta influência e estejam preparados para promoção do alívio da dor e estimular melhores condições de enfrentamento aos pacientes, por meio da educação, reconciliação medicamentosa e estímulo físico.

Descritores: Dor do Câncer; Enfermagem Oncológica; Qualidade de Vida; Oncologia; Dor; Manejo da dor.

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life of oncology patients with pain. **Methods:** Observational, analytical, quantitative study conducted from September 2022 to February 2023. Data collection included sociodemographic and clinical information, as well as the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30). The study included patients undergoing antineoplastic treatment who experienced pain at least once in the past week, had the physical and cognitive ability to answer simple questions, and willingly participated in the study by signing the informed consent form. The pain level was classified using the Visual Analog Scale (VAS) with three levels (mild 1-2, moderate 3-7, and intense 8-10). A total of 120 participants were included, recruited from the Clinical Oncology Service of a teaching hospital in the state of São Paulo. Sociodemographic and clinical data were analyzed using descriptive statistics. Exploratory analysis employed descriptive statistics, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test, and Spearman correlation, with a significance level of 5%. The study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) under opinion no: 5461238 and CAAE: 58397522.9.0000.5415. **Results:** 60.0% of participants were female, with a mean age of 59.8 years; 63.3% had no history of alcoholism, and 55.8% had no history of smoking. The most prevalent oncological diagnoses were breast cancer (27.5%), colon and rectum (17.5%), and hematologic tumors (16.6%). 72.5% of diagnoses were made within the past year, and 53.3% of participants had some metastasis. Despite undergoing pain treatment, 76.6% of participants did not experience complete relief and continued to live with pain. 60% used non-opioid medications. According to the EORTC QLQ-C30 analysis, a statistically significant difference was observed in the functional scale ($p = 0.039$). When evaluating the correlation between the instrument scales and pain, a significant difference was noted in all three assessed scales, with directly proportional values in the symptom scale ($r = 0.371$). It was observed that the reported pain level and symptoms directly impact the quality of life. **Conclusion:** Despite being prevalent in most oncology patients, pain is often inadequately managed. Living with pain significantly impacts the quality of life of both patients and their families. Understanding the influence of pain on the quality of life of oncology patients is a crucial step for interventions to be focused on the most negatively affected areas. Oncology patients with good quality of life are more likely to cope better with the disease and exhibit better physical and psychological conditions during treatment. Health professionals should be aware of this influence and be prepared to promote better coping conditions through education, medication reconciliation, and physical encouragement.

Key words: Cancer Pain; Oncology Nursing; Quality of Life; Medical Oncology; Pain; Pain Management.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la calidad de vida de pacientes oncológicos con dolor. **Métodos:** Estudio observacional, analítico, cuantitativo, desarrollado de septiembre de 2022 a febrero de 2023. La recolección de datos incluyó información sociodemográfica y clínica, así como el Cuestionario de Calidad de Vida Core 30 de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30). El estudio incluyó a pacientes en tratamiento antineoplásico que experimentaron dolor al menos una vez en la última semana, tenían la capacidad física y cognitiva para responder preguntas simples y participaban voluntariamente en el estudio firmando el formulario de consentimiento informado. El nivel de dolor se clasificó utilizando la Escala Análoga Visual (VAS) con tres niveles (leve 1-2, moderado 3-7 e intenso 8-10). Se incluyeron 120 participantes reclutados en el Servicio de Oncología Clínica de un hospital de enseñanza en el estado de São Paulo. Los datos sociodemográficos y clínicos se analizaron mediante estadísticas descriptivas. El análisis exploratorio utilizó estadísticas descriptivas, prueba de Mann-Whitney, prueba de Kruskal-Wallis y correlación de Spearman, con un nivel de significancia del 5%. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) bajo el dictamen no: 5461238 y CAAE: 58397522.9.0000.5415. **Resultados:** El 60,0% de los participantes eran mujeres, con una edad promedio de 59,8 años; el 63,3% no tenía antecedentes de alcoholismo y el 55,8% no tenía antecedentes de tabaquismo. Los diagnósticos oncológicos más prevalentes fueron cáncer de mama (27,5%), colon y recto (17,5%) y tumores hematológicos (16,6%). El 72,5% de los diagnósticos se realizaron en el último año y el 53,3% de los participantes tenían alguna metástasis. A pesar de seguir un tratamiento para el dolor, el 76,6% de los participantes no experimentaron alivio completo y continuaron viviendo con dolor. El 60% usaba medicamentos no opioides. Según el análisis del EORTC QLQ-C30, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la escala funcional ($p = 0,039$). Al evaluar la correlación entre las escalas del instrumento y el dolor, se observó una diferencia significativa en las tres escalas evaluadas, con valores directamente proporcionales en la escala de síntomas ($r = 0,371$). Se observó que el nivel de dolor y los síntomas informados impactan directamente en la calidad de vida. **Conclusión:** A pesar de estar presente en la mayoría de los pacientes oncológicos, el dolor a menudo se maneja de manera inadecuada. Vivir con dolor afecta significativamente la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias. Comprender la influencia del dolor en la calidad de vida de los pacientes oncológicos es un paso crucial para que las intervenciones se centren en las áreas más afectadas negativamente. Los pacientes oncológicos con buena calidad de vida tienden a enfrentar mejor la enfermedad y presentar mejores condiciones físicas y psicológicas durante el tratamiento. Es importante que los profesionales de la salud sean conscientes de esta influencia y estén preparados para promover mejores condiciones de afrontamiento a través de la educación, la reconciliación medicamentosa y el estímulo físico.

Descriptor: Dolor en Cáncer; Enfermería Oncológica; Calidad de Vida; Oncología Médica; Dolor; Manejo del Dolor

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um grupo de doenças que têm como principal característica o crescimento desordenado de células, podendo invadir outros órgãos (metástase). É considerado uma doença crônica não transmissível e pode ter diversas causas. Dentre os principais fatores de risco, estão: tabagismo, etilismo, maus hábitos alimentares e exposição solar desprotegida¹.

A razão pela qual o câncer é considerado uma doença crônica é devido ao aumento da sobrevida dos pacientes observada nos últimos anos. O avanço da tecnologia terapêutica contribui não só para o aumento da sobrevida, como também pela exposição às consequências da doença e do próprio tratamento. Desta forma, o controle da dor, o manejo da doença metastática e o manejo dos efeitos adversos do tratamento são abordados como cuidados tão essenciais quanto a sobrevida².

No mundo, estima-se que, somente em 2020 ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer³. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima-se para o triênio 2023-2025 704 mil casos novos de câncer no Brasil⁴. De acordo com a estimativa para o ano de 2023, no Brasil, com exceção dos tumores de pele não melanoma, os principais diagnósticos oncológicos entre os homens, serão: próstata, cólon e reto, traqueia/brônquio/pulmão, estômago e cavidade oral⁴. Entre as mulheres, serão: mama, cólon e reto, colo de útero, traqueia/brônquio/pulmão e glândula tireoide. O câncer de mama feminino é o mais incidente no Brasil e em todas as regiões brasileiras, estando na frente do câncer de próstata.

O avanço biotecnológico dos tratamentos oncológicos têm ocorrido rapidamente. Atualmente, os tratamentos podem ser indicados de acordo com o perfil do DNA e/ou RNA tumoral, marcadores imunológicos e outras características biológicas, tornando o cuidado cada vez mais personalizado⁵.

De forma geral, os tratamentos oncológicos têm como principais efeitos colaterais a dor, fadiga e sofrimento emocional, os quais podem afetar a Qualidade de Vida (QV) tanto dos pacientes quanto dos familiares⁶. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como “a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁷. Apesar desta definição geral, o conceito “QV” é complexo e pode ser interpretado de diversas maneiras, variando ainda com a cultura de cada região. Este conceito tem estado cada vez mais em evidência nos estudos relacionados à saúde, apesar de estar mais presente em pesquisas realizadas em países desenvolvidos (como Estados Unidos e China). Compreender e avaliar a QV dos pacientes é importante para acompanhar a melhora dos sintomas, cuidados e reabilitação dos pacientes, sendo considerada um forte preditor de sobrevivência⁸.

Por ser algo subjetivo, a avaliação da QV deve ser realizada com a participação do paciente. Para isso, foram criados instrumentos os quais podem avaliar o impacto dos sintomas, efeitos adversos do tratamento, aspectos psicológicos, sociais e espirituais de forma específica com o diagnóstico⁹.

Os principais instrumentos utilizados para avaliação da QV nos pacientes oncológicos são: *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*, *Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)* e *Short-Form 36 (SF-36)*, sendo o instrumento da EORTC o mais utilizado².

Em relação aos tratamentos oncológicos, o paciente diagnosticado com câncer enfrenta, durante sua jornada, alterações emocionais e desconfortos físicos frequentes. A dor é um dos sintomas mais comuns, causando sofrimento durante o tratamento, seja com terapias sistêmicas, radioterapia ou cirurgia oncológica. Apesar da alta incidência, a dor muitas vezes é mal diagnosticada e mal tratada, diminuindo a autonomia, bem-estar e QV do paciente oncológico¹⁰.

*Cicely Saunders*¹¹, pioneira do Movimento Hospice Moderno introduziu o conceito “Dor Total” em 1964. Este conceito enfatiza a importância de avaliar a dor de forma multidimensional, ou seja, além dos sintomas físicos, interpretar também o sofrimento mental e o contexto social e biográfico em que o paciente se encontra. Assim, o fenômeno doloroso é considerado muito maior do que apenas sensação física, outros aspectos inerentes ao ser humano também podem gerar sofrimento¹¹.

A dor é igualmente um sintoma subjetivo, sendo a tolerância do seu nível um resultado relativo. Desta forma, é necessário relato ou participação do paciente para mensuração da intensidade e localização do desconforto. Viver com dor é um dos fatos mais temidos pelos pacientes oncológicos. Com a finalidade de auxiliar na classificação e tratamento, foram desenvolvidas escalas de mensuração. Uma das escalas mais utilizadas é a Escala Visual Analógica (EVA), desenvolvida em 1970. O nível de dor pode ser definido verbalmente ou de forma escrita e ocorre após avaliação de uma régua com duas extremidades (de zero a dez), onde zero significa ausência de dor e dez significa a pior dor imaginável¹².

A dor oncológica pode estar relacionada ao próprio câncer (localização do tumor e metástase) ou aos efeitos colaterais do tratamento proposto, podendo ser aguda ou crônica. A dor aguda é definida como uma sensação desagradável sentida por até 12 semanas. O manejo da dor aguda deve ser adaptado a cada paciente, evitando a transição para a dor crônica e tendo como foco principal a causa da dor. São exemplos de intervenções não farmacológicas para controle da dor aguda o bloqueio de nervos, acupuntura, práticas de concentração e massagem¹³. De acordo com um estudo realizado pela *International Association for the Study of Pain (IASP)* dor crônica é o desconforto que dura mais de três meses¹⁴. A prevalência da dor crônica nos pacientes sobreviventes ao tratamento oncológico, tem sido cada vez mais discutido nos estudos¹⁰⁻¹³. A dor neuropática e a dor musculoesquelética são exemplos comuns de causas de dor crônica nos pacientes oncológicos¹⁵.

Para auxiliar no manejo adequado da dor oncológica, em 1986 foi desenvolvida pela OMS, a Escada Analgésica. Apesar de sua eficiência ser discutível, o uso da Escada Analgésica é uma abordagem simples que norteia o manejo medicamentoso da dor considerando o conhecimento sobre dor, equilibrando a dose de opioides com os efeitos colaterais. A Escada é unidirecional, iniciando no degrau mais baixo (dor leve) com drogas analgésicas antipiréticas e anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), indo em direção aos opioides fortes dependendo do nível de dor¹⁵.

Para o tratamento medicamentoso da dor oncológica a principal indicação é o uso de opioides, podendo estar associado a medicações não opioides ou tratamentos não medicamentosos, como a acupuntura, massagem e musicoterapia. Porém, devido aos principais efeitos colaterais dessa classe medicamentosa (náusea, constipação e sonolência) e medo da dependência ao medicamento, muitos pacientes não seguem o tratamento prescrito¹⁶. Um estudo recente destacou que menos da metade dos pacientes que evoluem para óbito devido causas oncológicas receberam prescrição de opioides. Assim, torna-se imprescindível o acompanhamento com profissionais especialistas no controle da dor¹⁷.

De acordo com as Diretrizes da Prática Clínica para pacientes com dor oncológica da *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*, os pacientes que fizerem uso de opioides para controle da dor oncológica devem ser acompanhados pela equipe de saúde para prescrição da dose contínua e de resgate, conforme necessidade clínica. Ainda, podem ser adicionadas medicações não-opioides com o objetivo de aumentar o efeito analgésico dos opioides ou para diminuir os efeitos adversos causados pelos mesmos. Para o controle adequado da dor, é importante que o paciente participe das avaliações relatando suas experiências durante o tratamento¹⁸.

O manejo da dor oncológica impacta diretamente na QV do paciente. Para obter mais subsídios que direcionam o plano de cuidados personalizados ao paciente oncológico, este estudo buscou avaliar a QV do paciente oncológico com dor.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e analisar a QV dos pacientes oncológicos com dor .

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes oncológicos com dor.

Analisar a QV em pacientes oncológicos que relataram dor.

Analisar o impacto da dor na QV.

Identificar ações realizadas pelos pacientes para o alívio da dor.

Analisar a influência do sexo na QV.

3. MÉTODO

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, de natureza quantitativa, o qual foi desenvolvido no período de setembro de 2022 a fevereiro de 2023.

A organização do estudo seguiu a iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)* com recomendações do que deve estar incluso em estudos observacionais¹⁹.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de São José do Rio Preto, no Serviço de Oncologia Clínica de um Hospital de ensino do estado de São Paulo. A abordagem dos participantes da pesquisa ocorreu no setor de Quimioterapia da Instituição.

O Hospital é um dos maiores e mais importantes complexos hospitalares do Estado de São Paulo. É um Hospital-escola, ligado à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sendo referência para o atendimento de mais de dois milhões de habitantes dos 102 municípios pertencentes à Departamento Regional de Saúde de Rio Preto (DRS 15). Realiza atendimento a mais de 30 especialidades e 117 subespecialidades médicas. Dentre as profissões que constituem o quadro de funcionários, estão: médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentistas, etc. Na área da oncologia, o Hospital realiza atendimento de pacientes oncológicos desde 1970²⁰.

O Setor de Quimioterapia atende homens e mulheres, com idades acima de 18 anos, exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale ressaltar que em 2022 foram abertos 9812 atendimentos no setor e 625 pacientes foram admitidos com dor.

Foram incluídos no estudo pacientes em tratamento antineoplásico no Serviço de Quimioterapia, que apresentaram dor pelo menos uma vez na última semana, que tinham capacidade física e cognitiva de responder questões simples e que aceitaram participar do

estudo mediante assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I).

Como critério de exclusão definiu-se pacientes que não compareceram ao serviço de Quimioterapia e que não relataram dor na última semana.

3.3 Questões éticas

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP), sendo aprovado em Junho de 2022 - Parecer nº 5461238 (ANEXO I). Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 58397522.9.0000.5415.

3.4 Coleta de dados

Os pacientes foram abordados após a entrada no Setor de Quimioterapia e convidados a participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas realizadas pelo pesquisador executor e por mais dois assistentes de pesquisa, devidamente treinados. O tempo médio de preenchimento do instrumento foi de 15 minutos. A amostra deste estudo ocorreu por conveniência. Após aplicação dos critérios de inclusão a amostra foi constituída de 120 participantes. O valor do nível de dor sentido na última semana pelo paciente (dado referido) foi classificado de acordo com a escala de mensuração Escala Visual Análogica (EVA). O nível de dor foi classificado em três níveis (leve de 1 a 2, moderada de 3 a 7 e intensa de 8 a 10)²¹.

Esta é a escala e níveis padronizados na Instituição em que o estudo foi realizado para avaliação da dor em ambiente ambulatorial.

O instrumento utilizado para avaliação da QV foi o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30), terceira versão, criado pela EORTC²²(ANEXO II), autorizada em janeiro de 2022 pelos autores (ANEXO III).

O EORTC QLQ-C30 é um dos instrumentos mais utilizados no mundo para avaliação da QV nos pacientes oncológicos. A versão original foi publicada em 1993 e a versão atual

(terceira versão) tem sido utilizada desde 1997, esta foi validada e traduzida para mais de 120 idiomas²³. É composto por 30 itens, sendo que 28 são pontuados em uma escala Likert de 4 pontos: 1 = nada, 2 = pouco, 3 = moderadamente e 4 = muito e os outros 2 itens são pontuados em uma escala Likert de 7 pontos, sendo 1 = péssima e 7 = ótima²⁴. O QLQ-C30 é formado pelas seguintes escalas: escala funcional (avaliando a função física, desempenho de papel, função cognitiva, função emocional e função social), escala de sintomas (avaliando fadiga, náusea e vômito, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, obstipação, diarreia, dificuldades financeiras) e escala de saúde global²². Segundo o manual do instrumento, as pontuações variam de 0 a 100 e as pontuações mais altas nas escalas funcionais indicam melhor funcionamento, enquanto as pontuações mais altas nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras indicam maior presença desses sintomas e dificuldades²⁵.

Os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes foram analisados via Prontuário Eletrônico da Instituição (APÊNDICE II), de acordo com um roteiro criado pelo próprio autor constituído por dados sociodemográficos (sexo, data de nascimento, raça, religião, naturalidade, procedência, estado civil, escolaridade e situação profissional), dados clínicos (histórico de tabagismo e etilismo, comorbidades prévias e histórico de câncer na família), informações sobre a doença e tratamento (diagnóstico oncológico, mês e ano do diagnóstico e presença de metástase) e informações sobre a dor (presença de dor pelo menos uma vez na última semana, provável causa da dor, realização de tratamento medicamentoso ou alternativo e nível de dor após o tratamento).

3.5 Análise dos dados

Os dados coletados passaram pelas etapas de codificação e tabulação. Na etapa de codificação, o nome do paciente foi substituído por um número a fim de garantir a segurança das informações e evitar a exposição do participante. Os dados codificados foram tabulados no programa Excel e analisados conforme orientação do manual do Instrumento EORTC QLQ-

C30: todas as escalas e valores de itens únicos variam em pontuação de 0 a 100. Maiores pontuações para as escalas funcional e saúde global de QV significam melhor *status-performance* do participante. Enquanto que, maiores pontuações para a escala de sintomas significam altos níveis de sintomas, resultando em pior *status-performance* do paciente²⁶.

Para a avaliação dos dados sociodemográficos e clínicos utilizou-se a análise estatística descritiva.

Para análise exploratória dos dados do Instrumento EORTC QLQ-C30 utilizou-se as estatísticas descritivas, média, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo para variáveis numéricas e número e proporção para variáveis categóricas. A comparação entre dois grupos para variáveis numéricas foi realizada pelo Teste Mann-Whitney. Para comparação de variáveis numéricas entre três ou mais grupos foi utilizado o teste Kruskal Wallis, e no caso de rejeição da hipótese nula (em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais), realizou-se comparações múltiplas (método *Pairwise*) com valores de significância ajustados pela correção de Bonferroni, para verificar onde estava o efeito das diferenças²⁷⁻²⁹. O tamanho de efeito foi calculado pela medida Delta de Cliff e a interpretação dos valores do Delta de Cliff foi feita segundo proposta por Romano e colaboradores (Insignificante <0,147; Fraco <0,33; Médio <0,474; Forte >0,474)³⁰⁻³¹. A análise de correlação de Spearman foi realizada para verificar a correlação entre as variáveis discretas e ordinais; o resultado foi demonstrado pelo coeficiente de correlação de Spearman e seu respectivo intervalo de confiança de 95%³²⁻³⁴. A análise estatística foi realizada mediante o software IBM-SPSS Statistics versão 29²⁹. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes.

Para avaliação da consistência interna do EORTC QLQ-C30 foi realizado o teste de confiabilidade do Alfa de Cronbach. Para subescalas com apenas um item não é possível realizar o cálculo do índice de confiabilidade. Dentro da escala funcional, a função física apresentou um resultado de 0,75; desempenho de papel 0,78; função cognitiva 0,40; função

emocional 0,78 e função social 0,39. Dentro da escala de sintomas, fadiga apresentou um resultado de 0,66; náusea e vômito 0,58 e dor 0,58. Escala de saúde global apresentou um resultado de 0,68. Geralmente, valores médios de correlação entre os itens são considerados satisfatórios ou adequados quando são acima de 0,30³⁵.

4.RESULTADOS

4. RESULTADOS

Conforme demonstrado na Tabela 1, dos 120 participantes, 60,0% eram mulheres e 40,0% homens. A média de idade entre eles foi de 59,8 anos, sendo a menor idade 28 anos e a maior 85 anos. A maioria havia ensino fundamental (61,6%) ou ensino médio (18,3%) e relatava ter companheiro(a) (65,8%). A maior parte dos participantes estava em atividade laboral e seguia o catolicismo como religião. Em relação ao histórico de etilismo e tabagismo, do total, 44,1% apresentavam histórico de tabagismo e 36,6% de etilismo.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes segundo a percepção de dor. São José do Rio Preto-SP. Brasil. 2022. (n=120).

Variáveis	Total (n = 120)	Dor Leve (n = 6)	Dor Moderada (n = 56)	Dor Intensa (n = 58)
<i>Sexo</i>				
Feminino	72 (60,0%)	3 (4,1%)	32 (44,4%)	37 (51,3%)
Masculino	48 (40,0%)	3 (6,2%)	24 (50,0%)	21 (43,7%)
<i>Idade em anos</i>				
Adulto (<60 anos)	53 (44,1%)	4 (7,5%)	18 (33,9%)	31 (58,4%)
Idoso (≥60 anos)	67 (55,8%)	2 (2,9%)	37 (55,2%)	28 (41,7%)
Média	59,8 (min 28-max 75)			
<i>Escolaridade</i>				
Não alfabetizado	3 (2,5%)	0 (0,0%)	2 (66,6%)	1 (33,3%)
Ensino fundamental	74 (61,6%)	5 (6,7%)	32 (43,2%)	37 (50,0%)
Ensino médio	22 (18,3%)	1 (4,5%)	7 (31,8%)	14 (63,6%)
Ensino superior	9 (7,5%)	0 (0,0%)	5 (55,5%)	4 (44,4%)
Não consta	12 (10,0%)	0 (0,0%)	9 (75,0%)	3 (25,0%)
<i>Situação conjugal</i>				
Com companheiro	79 (65,8%)	3 (3,7%)	35 (44,3%)	41 (51,8%)
Sem companheiro	41 (34,1%)	3 (7,3%)	21 (51,2%)	17 (41,4%)
<i>Situação laboral</i>				
Aposentado	41 (34,1%)	1 (2,4%)	24 (58,5%)	16 (39,0%)
Empregado	44 (36,6%)	2 (4,5%)	21 (47,7%)	21 (47,7%)
Desempregado	35 (29,1%)	3 (8,5%)	11 (31,4%)	21 (60,0%)

Religião				
Católica	83 (69,1%)	3 (3,6%)	41 (49,3%)	39 (46,9%)
Evangélica	30 (25,0%)	3 (10,0%)	13 (43,3%)	14 (46,6%)
Espírita	1 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Outras	6 (5,0%)	0 (0,0%)	2 (33,3%)	4 (66,6%)
Histórico de Tabagismo				
Sim	53 (44,1%)	3 (5,6%)	27 (50,9%)	23 (43,3%)
Não	67 (55,8%)	3 (4,4%)	29 (43,2%)	35 (52,2%)
Histórico de Etilismo				
Sim	44 (36,6%)	4 (9,0%)	20 (45,4%)	20 (45,4%)
Não	76 (63,3%)	2 (2,6%)	36 (47,3%)	38 (50,0%)

Fonte: próprio autor.

De acordo com a Tabela 2, houve predomínio do diagnóstico oncológico de mama, seguido de cólon e reto e tumores hematológicos; 72,5% haviam sido diagnosticados a menos de um ano e apresentavam metástase. Em relação às comorbidades prévias, 41,6% apresentavam hipertensão arterial sistêmica ou outra cardiopatia.

Tabela 2 - Perfil clínico dos participantes segundo a percepção da dor. São José do Rio Preto-SP. Brasil. 2022. (n=120).

Variáveis	Total (n = 120)	Dor Leve (n = 6)	Dor Moderada (n = 56)	Dor Intensa (n = 58)
Diagnóstico Oncológico				
Cabeça e pescoço	5 (4,1%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)	3 (60,0%)
Pulmão	12 (10,0%)	1 (8,3%)	6 (5,0%)	5 (4,1%)
Mama	33 (27,5%)	2 (6,0%)	17 (51,5%)	14 (42,4%)
Gastroesofágico	3 (2,5%)	1 (33,3%)	2 (66,6%)	0 (0,0%)
Cólon e reto	21 (17,5%)	0 (0,0%)	10 (47,6%)	11 (52,3%)
Útero e anexos	7 (5,8%)	0 (0,0%)	1 (14,2%)	6 (85,7%)
Próstata	5 (4,1%)	0 (0,0%)	3 (60,0%)	2 (40,0%)
Hematológicos	20 (16,6%)	0 (0,0%)	10 (50,0%)	10 (50,0%)
Outros	14 (11,6%)	1 (7,1%)	6 (42,8%)	7 (50,0%)
Tempo de diagnóstico				
<1 ano	87 (72,5%)	4 (4,5%)	45 (51,7%)	38 (43,6%)

1 a 3 anos	20 (16,6%)	0 (0,0%)	6 (30,0%)	14 (70,0%)
3 a 5 anos	10 (8,3%)	2 (20,0%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)
>5 anos	3 (2,5%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,6%)
Metástase				
Sim	64 (53,3%)	5 (7,8%)	26 (40,6%)	33 (51,5%)
Não	56 (46,6%)	1 (1,7%)	30 (53,5%)	25 (44,6%)
Comorbidades prévias				
Não	47 (39,1%)	2 (4,2%)	20 (42,5%)	25 (53,1%)
Diabetes	6 (5,0%)	0 (0,0%)	4 (66,6%)	2 (33,3%)
Hipertensão/cardiopatia	50 (41,6%)	4 (8,0%)	24 (48,0%)	22 (44,0%)
Diabetes + Hipertensão	17 (14,1%)	0 (0,0%)	8 (47,0%)	9 (52,9%)

Fonte: próprio autor.

Entre os que relataram fazer tratamento para a dor, 49,5% mencionaram dor intensa, sendo que a maior parte fazia uso de medicamentos analgésicos. Em relação às classes medicamentosas, 60,0% faziam uso de medicações não opioides mesmo tendo a dor moderada como a mais relatada (52,7%), seguida da associação de medicações opioides e não opioides e a dor intensa a mais enfrentada pelos participantes do estudo (73,9%). Houve predomínio dos que faziam uso apenas de dipirona (47,6%), mesmo com a dor intensa a mais relatada; 76,6% daqueles que relataram fazer tratamento para a dor, 38,3% não tinham a dor zerada após o tratamento, sendo a dor intensa a mais enfrentada (Tabela 3).

Tabela 3 - Nível de dor e tratamento relatado pelos participantes do estudo. São José do Rio Preto-SP. Brasil. 2022. (n=120).

Variáveis	Total (n = 120)	Dor Leve (n = 6)	Dor Moderada (n = 56)	Dor Intensa (n = 58)
Faz tratamento para a dor				
Sim	105 (87,5%)	5 (4,7%)	48 (45,7%)	52 (49,5%)
Não	15 (12,5%)	1 (6,6%)	8 (53,3%)	6 (40,0%)
Uso de Medicamentos				
Sim	104 (86,6%)	5 (4,8%)	33 (31,7%)	40 (38,4%)
Não	16 (13,3%)	1 (6,2%)	8 (50,0%)	7 (43,7%)
Classe de Medicamentos				

Opióides	7 (5,8%)	0 (0,0%)	3 (42,8%)	4 (57,1%)
Não Opióides	72 (60,0%)	5 (6,9%)	38 (52,7%)	29 (40,2%)
Opióides + Não Opióides	23 (19,1%)	0 (0,0%)	6 (26,0%)	17 (73,9%)
Não informado	2 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
<i>Dipirona</i>				
Sim	84 (80,7%)	5 (5,9%)	39 (46,4%)	40 (47,6%)
Não	36 (34,6%)	1 (2,7%)	17 (47,2%)	18 (50,0%)
<i>A dor zero</i>				
Sim	28 (23,3%)	2 (1,6%)	14 (11,6%)	12 (10,0%)
Não	92 (76,6%)	4 (3,3%)	42 (35,0%)	46 (38,3%)

Fonte: próprio autor.

A Tabela 4 mostra as médias de escores, desvio padrão, valores máximo e mínimo das escalas de funcionalidade, sintomas e saúde global do EORTC-QLQ-C30, que apontou escore médio da escala de saúde global de 70,4. A escala funcional apresentou valores mais altos na função cognitiva, função física e função social. A escala de sintomas apresentou valores mais altos para dor, fadiga e insônia. Vale lembrar que na escala de sintomas quanto menor o escore melhor.

Tabela 4 - Distribuição da média de escores, desvio padrão, valores mínimo e máximo das escalas do instrumento de avaliação de qualidade de vida (QLQ-C30*). São José do Rio Preto-SP. Brasil. 2022. (n=120)

Escalas	Média ± DP	Mínimo	Máximo
<i>Escala Funcional</i>	66,2 ± 20,6	0	100
Função física	65,5 ± 25,4	0	100
Desempenho de papel	60,6 ± 37,7	0	100
Função cognitiva	80,6 ± 24,8	0	100
Função emocional	60,9 ± 31,1	0	100
Função social	63,5 ± 31,9	0	100
<i>Escala de sintomas</i>	33,1 ± 18,3	3,7	79,63
Fadiga	43,4 ± 29,5	0	100
Náusea e vômito	23,8 ± 27,5	0	100
Dor	61,1 ± 27,4	16,67	100
Dispneia	14,7 ± 28,9	0	100

Insônia	41,1 ± 41,6	0	100
Perda de apetite	36,7 ± 41,1	0	100
Constipação	35,8 ± 41,3	0	100
Diarreia	11,7 ± 25,1	0	100
Dificuldades financeiras	29,7 ± 39,8	0	100
Escola de Saúde Global	70,4 ± 22,8	0	100

*EORTC-QLQ-C30 - Quality of Life Questionnaire Core-30

Conforme observado na Tabela 5, houve diferença significativa no Escore total da escala funcional (Teste de Proporção de Fisher; $p > 0,05$) entre os sexos masculino e feminino. A mulher tem piores resultados quando comparado ao homem.

Tabela 5 - Média e desvio padrão dos scores das escalas do instrumento de avaliação de qualidade de vida (QLQ-C30*) dos participantes do estudo. São José do Rio Preto-SP. Brasil. 2022. (n=120).

	Média e desvio padrão (±)	Valor de p**
Escalas funcionais	66,2 ± 20,6	0,039
Feminino	62,5 ± 21,7	
Masculino	71,6 ± 17,54	
Escalas de sintomas	33,1 ± 18,3	0,205
Feminino	34,8 ± 18,9	
Masculino	30,5 ± 17,0	
Saúde global de qualidade de vida	70,4 ± 22,8	0,383
Feminino	68,9 ± 22,6	
Masculino	72,57 ± 23,1	

Fonte: próprio autor.

*EORTC-QLQ-C30 - Quality of Life Questionnaire Core-30

**Teste Mann-Whitney

Observou-se correlação negativa entre dor e as escalas funcionais ($r = -0,216$) e de saúde global ($r = -0,198$). Em contrapartida, obteve-se correlação positiva entre dor e a escala de sintomas ($r = 0,371$) (Tabela 6). Quanto menor a dor melhor a funcionalidade e saúde global. Quanto mais dor mais sintomas.

Tabela 6 - Correlação entre as escalas do instrumento de avaliação de qualidade de vida (QLQ-C30*) e dor. São José do Rio Preto-SP. Brasil. 2022. (n=120).

Escalas x dor	Coefficiente rρ Spearman	p valor
Escala funcional x dor	-0,216	0,018
Escala de sintomas x dor	0,371	<0,001
Escala de saúde global x dor	-0,198	0,031

*EORTC-QLQ30 – Quality of life Questionnaire Core-30

A Tabela 7 mostra as médias de escores e desvio padrão das escalas de funcionalidade, sintomas e saúde global do EORTC-QLQ-C30 em relação às categorias de dor, que mostrou diferença significativa na escala de sintomas (Teste de Kruskal-Wallis).

Tabela 7 - Média e desvio padrão das escalas do instrumento de avaliação de qualidade de vida (QLQ-C30*) de acordo com o nível de dor. São José do Rio Preto-SP. Brasil. 2022. (n=120).

	Dor leve	Dor moderada	Dor intensa	Valor de p**
<i>Escalas funcionais</i>				
Média	73,94	70,47	61,26	0,062
Desvio Padrão	18,22	17,75	22,43	
<i>Escalas de sintomas</i>				
Média	16,97	27,92	39,79	<0,001
Desvio Padrão	5,14	14,59	19,75	
<i>Escala de saúde global</i>				
Média	86,11	73,21	66,09	0,058
Desvio Padrão	12,54	22	23,51	

Fonte: próprio autor.

*EORTC-QLQ-C30 - *Quality of Life Questionnaire Core-30*

**Teste de Kruskal-Wallis

Foram observadas diferenças significativas entre as associações de dor leve-intensa e moderada-intensa (Teste de Proporção de Fisher; $p > 0,05$), conforme apresentado na tabela 8.

Tabela 8 - Comparação aos pares da escala de sintomas entre as categorias de dor. São José do Rio Preto-SP. Brasil. 2022. (n=120).

Nível da dor	Valor p*
<i>Leve – Moderada</i>	0,207
<i>Leve – Intensa</i>	0,004
<i>Moderada – Intensa</i>	0,004

*Correção de Bonferroni com comparação de *Pairwise* - $p < 0,05$: diferença estatisticamente significante

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

A maioria dos participantes do estudo foi mulheres, idosos, baixa escolaridade, com companheiro, trabalham, relataram seguir a religião católica, não tabagista, não etilista. O câncer de mama foi o diagnóstico mais prevalente, diagnósticos com menos de um ano, com metástase e com comorbidades. Tratam a dor com não opioides e a dor não cessa, mas conforme EORTC QLQ-30, a QV dos participantes apresentou escore maior que 60, que segundo alguns autores é considerada moderada ou satisfatória³⁶⁻³⁷.

É importante ressaltar que a amostra analisada ocorreu por conveniência, ou seja, não foi apresentada uma amostra significativa da população estudada. Sabe-se que o conceito de QV é relativo, influenciada pela satisfação com a vida de forma geral e o controle que a pessoa exerce sobre ela, o que envolve segurança, relacionamentos, acesso à saúde e realizações³⁸⁻³⁹.

Os dados estão de acordo com a estimativa de câncer no Brasil; até 2025 espera-se que haja prevalência do diagnóstico de câncer entre as mulheres (50,5% dos casos)⁴. Estes resultados corroboram com dados de países desenvolvidos, tendo em vista que o tipo de câncer mais prevalente é o câncer de mama feminino, seguido do câncer de próstata. Estes dados podem ser atribuídos ao fato de a mulher se cuidar mais, utilizando-se da oportunidade de implementação de programas de rastreamento de câncer⁴⁰.

O câncer de mama é o tipo de câncer mais diagnosticado no mundo e mais comum entre as mulheres. Este diagnóstico está associado à expectativa de vida da população e a fatores reprodutivos, todos influenciados pelo desenvolvimento econômico⁴¹. Dados do INCA apontam que as maiores taxas de incidência e mortalidade do câncer de mama estão concentradas nas regiões Sul e Sudeste do Brasil⁴.

Um estudo realizado em Recife, entre os anos de 2015 a 2016 que avaliou o impacto na QV de 608 idosos com câncer, com idade maior ou igual a 60 anos detectou que a escala de função física foi a mais impactada negativamente pela idade. Os sintomas mais referidos pelos

pesquisados foram dificuldades financeiras e dor, enquanto a função emocional apresentou impacto positivo com o avanço da idade⁴². Estes aspectos apresentaram-se divergentes do atual estudo, em que a função desempenho de papel foi a mais impactada na escala funcional e a cognitiva apresentou escore médio mais elevado, enquanto os sintomas dor, fadiga e insônia tiveram a maior média de escore.

A maior parte dos participantes deste estudo apresentava apenas ensino fundamental, assim como em outros estudos; um realizado com pacientes com dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde no interior do noroeste paulista⁴³ e outro realizado no sul do Brasil com pacientes onco-hematológicos⁴⁴. O baixo nível de escolaridade pode estar associado à menor busca por informações sobre os serviços de saúde, conduzindo à falta de compreensão sobre o diagnóstico e tratamento, o que leva a falta de atitude individual, influenciando negativamente no desfecho de saúde, com comportamentos não adequados de prevenção e diminuição da adesão ao tratamento⁴⁵.

A maioria dos participantes relatou viver com companheiro (a) no momento da pesquisa. Uma revisão sistemática que abordou o estado civil e a sobrevivência de pacientes oncológicos apontou que há uma maior sobrevivência de pacientes com companheiros em relação aos pacientes que vivem sozinhos⁴⁶. Os autores do estudo ressaltam que os profissionais da saúde reconhecem a importância do apoio social durante o tratamento contra o câncer, principalmente comparado àqueles que não tem companheiro(a). A ausência do companheiro pode ser uma barreira para a busca por ajuda/cuidado⁴⁶.

Observa-se que houve predomínio de participantes empregados. Este é um resultado positivo, pois sabe-se que, principalmente aos pacientes oncológicos, a rotina de trabalho promove percepção de normalidade durante um momento tão desafiador como o tratamento contra o câncer. Um estudo publicado no *Journal of Clinical Oncology* enfatizou o impacto do

diagnóstico oncológico na situação laboral dos pacientes e como a ausência da rotina de trabalho pode impactar negativamente na QV dessas pessoas⁴⁷.

Paralelamente, um estudo norte americano examinou a associação de dor oncológica com a empregabilidade e destacou que aqueles que relataram dor moderada ou intensa apresentaram mudanças ocupacionais notáveis, principalmente através da escolha da aposentadoria precoce, visando estabilidade econômica, identidade profissional e relacionamentos sociais. Estes aspectos devem ser considerados na gestão da dor oncológica pelos profissionais da saúde como componente importante da QV⁴⁸⁻⁴⁹.

Um estudo transversal realizado na Polônia avaliou o grau de dependência da espiritualidade de pessoas diagnosticadas com câncer, ou que já realizaram tratamento oncológico anteriormente e a sua QV também por meio do EORTC QLQ C30. Como resultado observou-se que, apesar da espiritualidade influenciar positivamente a QV de forma geral e este tema ainda ser um tópico pouco compreendido, na escala de sintomas houve escores menores para dor, fadiga, náusea, dispneia, insônia, falta de apetite e diarreia⁵⁰. O que pode ser compreensível tendo em vista que a fé influencia a perspectiva de cuidado; quanto pior a condição clínica mais fé, mais confiança no transcendente, como uma forma de amenizar sentimentos de medo e desamparo. A fé é um potencializador de esperança e QV⁵¹.

Sabe-se que tanto o álcool como o cigarro além de serem causas para vários tipos de cânceres são também fatores de risco para outras doenças respiratórias e cardiovasculares. Dentre os principais diagnósticos oncológicos relacionados ao abuso de álcool, estão câncer de boca, faringe, laringe, esôfago e estômago. Enquanto, dentre os principais diagnósticos oncológicos relacionados ao tabagismo, estão: leucemia mieloide aguda, câncer de bexiga, pâncreas, fígado e pulmão⁵². Estes dados podem justificar os principais diagnósticos oncológicos apresentados neste estudo.

Os diagnósticos oncológicos apresentados neste estudo podem ser justificados pelo predomínio de participantes idosos. O processo de envelhecimento contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, resultado das alterações fisiológicas que levam a mudanças no sistema imunológico, aumentando o risco de desenvolvimento da doença em idosos⁵³.

Dados semelhantes foram encontrados em um estudo desenvolvido em uma unidade de urgência e emergência em oncologia localizada no Rio Grande do Sul, com 972 participantes, com média de idade de 63,4 anos, que possuíam ensino fundamental incompleto, eram casados e a maior parte dos pacientes atendidos relatavam dor⁴⁴. Uma outra pesquisa realizada na Etiópia também demonstrou a prevalência de dor oncológica no câncer de mama, gastrointestinal e tumores hematológicos, relacionando estes dois últimos às lesões que geram dor contínua nociceptiva pela vinculação à medula óssea⁵⁴.

Uma revisão que avaliou 40 anos de literatura revelou que 64,0% dos pacientes oncológicos com doença metastática ou avançada relatavam dor⁵⁵. O local da metástase e a fase da doença podem justificar o nível e dificuldade no controle da dor. Os tratamentos convencionais, como o uso de medicamentos orais, nos casos de dor intensa não proporcionam o alívio necessário, sendo necessária a busca de novas terapias que estimulam a circulação sanguínea e promovem relaxamento. O tratamento da dor requer a incorporação de abordagens humanizadas, planejamento estratégico e práticas avançadas de enfermagem, incluindo intervenções adaptadas às necessidades específicas e particularidades clínicas do paciente⁵⁶.

A maioria dos participantes havia sido diagnosticada há menos de 1 ano. Isto é reflexo da organização da política pública da região, disponibilidade de serviços e profissionais capacitados para promoção da saúde. O diagnóstico oncológico precoce impacta diretamente na sobrevivência do paciente, na melhora da experiência durante o tratamento e, conseqüentemente, na melhora da QV⁵⁷. No cenário brasileiro, a demora no diagnóstico está relacionada à falta de

acesso aos serviços de saúde e falha no cumprimento das políticas públicas que incentivam o diagnóstico precoce⁴². Um estudo recente realizado no Brasil, com resultados retirados de um banco de dados público permitiu a avaliação do intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento oncológico, demonstrou um aumento dos casos tratados em até 60 dias, e que a população idosa, masculina e com estádios oncológicos menos avançados foi a que apresentou maior atraso no início do tratamento⁵⁸.

A principal comorbidade, além do câncer, aqui destacada foi hipertensão/cardiopatia, diagnosticada previamente ao diagnóstico oncológico. Doenças cardíacas e câncer são as principais causas de morte no mundo⁵⁹. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o número de casos de hipertensão em adultos no Brasil aumentou 3,7% nos últimos 15 anos. Entre os homens houve um aumento na prevalência do indicador variando 5,9% para mais. Estas doenças estão diretamente relacionada ao consumo de álcool, tabaco, alimentação inadequada e sedentarismo⁶⁰. Uma revisão de literatura ressalta que há um risco potencialmente elevado de agravamento da hipertensão em pessoas com diagnóstico de câncer, o que pode ser atribuído, em grande parte, aos efeitos dos tratamentos antineoplásicos, os quais podem apresentar efeitos cardiotoxicos, aumentando o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca⁶¹.

A grande maioria dos participantes realizava tratamento medicamentoso para controle da dor com uso de medicações não opioides e, como resultado, não tinha melhora completa do desconforto causado pela dor. Estudo recente mostrou que mais de 50,0% dos pacientes oncológicos apresentam dor durante o tratamento contra o câncer, o que pode estar relacionada ao próprio diagnóstico ou aos efeitos colaterais do tratamento¹⁶.

O alto índice de pacientes oncológicos com dor pode ser justificado pelos tratamentos que prolongam a vida de forma curativa ou paliativa, o que aumenta a expectativa de vida dos pacientes oncológicos⁶². Outros estudos^{16,63} corroboram a ideia de que a dor não só resulta em

angústia física, mas também em sofrimento mental e que a origem da dor e os fatores complicadores devem ser considerados ao desenvolver o plano de cuidados ao paciente. Abordagens como terapias mente-corpo podem ser consideradas, caso a dor esteja relacionada à ansiedade, medo ou depressão¹⁶.

De acordo com dados aqui apresentados, mais de 80,0% dos participantes faziam uso de dipirona para controle da dor, mesmo com dor intensa. A dipirona é uma das medicações analgésicas/antipiréticas mais utilizadas no Brasil; droga que está no mercado mundial há mais de 90 anos, mesmo com sua comercialização banida por muitos países devido alguns de seus efeitos colaterais na medula óssea⁶⁴. As medicações analgésicas encontram-se no primeiro degrau da Escada Analgésica, sendo indicadas para dores leve ou moderada⁵⁵.

O uso diário de medicações analgésicas deve ser acompanhado por uma equipe especializada devido aos riscos envolvendo a segurança do paciente, principalmente no caso do controle da dor relacionada ao câncer, associado ou não ao uso de opioides. Avaliar e manejar a dor de forma adequada influencia positivamente na QV, enquanto a má comunicação entre profissionais reduz a satisfação do paciente, impactando em maior sofrimento psicológico. Em contraste, a auto vigilância dos sintomas e o relato pessoal da dor pelo paciente está associado à melhora da QV e redução do uso dos serviços de saúde. Apesar do entendimento da influência da dor nos resultados clínicos, muitos pacientes ainda têm a dor subtratada⁵⁵.

De acordo com um estudo realizado em 2020, todos os *guidelines* orientam que o paciente oncológico que relata dor deve ser avaliado e acompanhado por um profissional de saúde capacitado¹⁷. O manejo da dor do paciente ambulatorial é possível por meio do engajamento do próprio paciente no tratamento. Uma estratégia para estimular a participação do paciente pode ser a educação em saúde sobre o uso correto das medicações e manejo dos efeitos adversos do medicamento⁶⁵.

Um estudo realizado por Greszta e colaboradores destacou que homens e mulheres lidam de formas diferentes ao diagnóstico oncológico, valores relacionados à funcionalidade são mais considerados por homens, enquanto que os valores voltados a relacionamento e emoções são mais considerados por mulheres. Essas diferenças podem ser devido as diferenças culturais e à diversidade dos tipos de câncer e às chances de recuperação. É inegável, portanto, que homens e mulheres são diferentes não só biologicamente, mas cultural e socialmente, de uma maneira construída pelo meio em que vive, o que indica que cada um tem características individuais. Isso deve ser considerado, pode ser benéfico para a comunicação entre o profissional da saúde e o paciente e para o aconselhamento sobre como lidar com a doença⁶⁶.

A QV dos participantes neste estudo foi considerada boa, satisfatória, mesmo com a intensidade da dor moderada ou intensa, o que pode ser atribuída a realidade local, o acesso e disponibilidade dos serviços de saúde, em cumprimento a Lei 12732/2012, que estabelece ao Sistema Único de Saúde (SUS) iniciar o tratamento do paciente com câncer em 60 dias. Dado semelhante a outros estudos, com participantes submetidos a quimioterapia, em cuidados paliativos³⁶⁻³⁷.

Os resultados mais baixos entre as mulheres na escala funcional pode ser pelo fato de ser o maior número de participantes do estudo, e com o diagnóstico de câncer de mama. Um estudo realizado, em 2017, no Hospital do Câncer, no Rio de Janeiro destacou que o tratamento do câncer de mama provoca alterações no corpo da mulher, o que gera impactos negativos em sua autoimagem, sexualidade, feminilidade e relações afetivas e sociais. Consequentemente, o tratamento do câncer de mama impacta sobre a QV e funcionalidade da mulher⁶⁷.

A fadiga foi o segundo sintoma mais prevalente neste estudo, seguido de insônia. Conforme descrito na *National Comprehensive Cancer Network - Cancer Related Fatigue* (NCCN Guidelines) “a fadiga relacionada ao câncer é uma sensação angustiante, persistente e

subjetiva de estresse físico, emocional, e/ou cansaço ou exaustão cognitiva relacionada ao câncer ou tratamento oncológico, não sendo proporcional às atividades recentes, interferindo no funcionamento normal”, afetando a QV dos pacientes⁶⁸.

Esta descrição está de acordo com uma revisão sistemática que avaliou os fatores de risco e impacto da fadiga relacionada ao diagnóstico de câncer de mama. Esta revisão demonstrou que altos níveis de fadiga, relacionada ao tratamento oncológico estão associados a uma diminuição da QV, aumento de problemas relacionados ao sono e aumento do nível de dor dos pacientes. Os autores ainda destacaram a relação da fadiga com sintomas depressivos, angústia e piora no enfrentamento do câncer⁶⁹. Assim, observa-se que os sintomas mais prevalentes deste estudo estão de acordo com dados da literatura. Entender o impacto dos sintomas na QV do paciente oncológico é um passo importante para a capacitação dos profissionais da saúde para a identificação e manejo dos efeitos adversos relacionados à doença e tratamento oncológico.

Notou-se um alto índice de fadiga, o que não foi analisado neste estudo, mas isto pode estar relacionado à média de idade presente neste estudo. Conforme orientado pela NCCN, os pacientes oncológicos com fadiga devem ser identificados e classificados de acordo com a idade e período de tratamento para que as intervenções sejam realizadas conforme os padrões estipulados. O gerenciamento das intervenções deve ser realizado por uma equipe multiprofissional de saúde capacitada⁶⁸.

Um estudo realizado em Três Lagoas-MS, com 79 pacientes que avaliou a QV antes e após o início do tratamento antineoplásico observou piores resultados na média das escalas funcional e de saúde global, após três meses de tratamento, e resultados semelhantes aos aqui apresentados na escala de sintomas⁷⁰. Um outro estudo, realizado no serviço de clínica de dor, no mesmo local da presente pesquisa, com uma amostra de 15 pacientes, avaliou o impacto da dor na QV e apresentou como resultado piores escores para as escalas funcional (média 57,9) e

de saúde global (média 58,4) e melhores resultados para escala de sintomas (média 26,0), em comparação com os dados apresentados neste estudo⁷¹.

Entre os anos de 2015 a 2016, no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) foi desenvolvido um estudo com 107 pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, onde foi encontrado melhores resultados nas escalas funcional (média 73,4) e de sintomas (média 21,5), e resultados semelhantes na escala de saúde global (média 71,0)⁷².

A correlação positiva entre dor e a escala de sintomas destacada neste estudo e a piora da média de escores nessa escala de acordo com o nível de dor, pode ser consequência da má gestão dos sintomas relatados por 76,6% dos participantes. Sabe-se que o manejo adequado dos sintomas é essencial para melhora da QV do paciente e familiares, o que promove a melhora da adesão ao tratamento. Sintomas mal manejados também podem impactar na capacidade funcional do doente. O monitoramento dos sintomas, como a dor, deve ser feito sempre que possível por relato do próprio paciente, o que pode auxiliar na gestão do cuidado realizada pela equipe de saúde⁷³. O manejo adequado da dor está diretamente relacionado à avaliação efetiva do desconforto⁷⁴.

A dor é um sintoma que se relaciona aos aspectos físicos, psicossociais, emocionais e espirituais. Dada a natureza multidimensional da dor, um estudo destacou que uma equipe multiprofissional focada em tratamento paliativo demonstrou eficácia no controle da dor relacionada ao câncer, melhorando inclusive os níveis da escala de sintomas de QV⁷⁵.

A equipe de cuidados paliativos tem potencial para acompanhar os pacientes em todas as fases do tratamento oncológico. Um outro estudo qualitativo, descritivo realizado nos Estados Unidos destacou que a introdução desta equipe facilitou o gerenciamento adequado da dor, principalmente por meio da desestigmatização do uso de opióides⁷⁶.

Um artigo recente que avaliou o efeito da educação terapêutica em pacientes oncológicos salientou que o ensino sobre dor pode ser realizado de diversas maneiras, não

existindo um consenso do melhor método a ser utilizado ou tempo de duração das atividades educativas. Mesmo assim, há evidências de que um programa de educação sobre dor para pacientes com câncer pode auxiliar na diminuição da intensidade da dor, embora não pareça afetar a pior dor relatada. Da mesma forma, não está claro se as intervenções educativas melhoram a QV global destes pacientes. Algumas evidências sugerem que a intensidade ou tolerância aceitável da dor diminuem após um programa de educação sobre a dor nesta população⁷⁷.

É importante destacar que os resultados apontaram para uma QV boa, o que pode ser atribuído a organização do serviço, com o diagnóstico precoce e a assistência multiprofissional, proporcionando atendimento sistemático da psicologia, fisioterapia e equipe de controle da dor. Outro estudo qualitativo ressaltou os relatos de melhora da capacidade funcional, social, emocional e de autoestima, que estão diretamente relacionadas à QV⁶⁷.

Com as evidências atuais é difícil estabelecer um método padrão e comprovado de aplicação da educação para esta população, mas pode contribuir para o atendimento das dificuldades enfrentadas pelos pacientes oncológicos com dor, possibilitando uma assistência integral, com olhar mais amplo sobre o impacto da doença no cotidiano das pessoas, o que auxilia diretamente na QV delas.

Como limitações do estudo pode-se destacar que a amostra foi proveniente de apenas uma instituição, na entrevista poderia ter abordado o local da dor e a fase do tratamento oncológico que os participantes se encontravam. Dados que poderiam influenciar a intensidade da dor e em consequência a QV.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar a QV dos pacientes oncológicos com dor, que foi considerada boa.

A maioria da população estudada foi do sexo feminino, com idade acima de 60 anos, empregada, vivendo com companheiro, com ensino fundamental, religião católica, com diagnóstico de câncer há menos de um ano, com metástase, diagnóstico prévio de hipertensão/cardiopatia, sem história de tabagismo ou etilismo. Os diagnósticos oncológicos de maior frequência foram câncer de mama, cólon e reto e tumores hematológicos.

A dor de intensidade moderada e intensa foram as mais relatadas e a medicação mais utilizada foi dipirona.

Entender a influência da dor na QV dos pacientes oncológicos é um passo importante para que as intervenções sejam focadas nos âmbitos dos sintomas e seu enfrentamento..

Pacientes oncológicos com boa QV tendem a apresentar melhor enfrentamento da doença e melhores condições físicas e psicológicas durante o tratamento.

É importante que os profissionais da saúde estejam preparados para contribuir com a educação sobre o uso de medicações contra a dor. Reconciliação medicamentosa, estímulo físico e de atividades cotidianas são exemplos de intervenções para manutenção da QV durante o tratamento oncológico.

Vale ressaltar que o paciente oncológico não precisa viver com dor.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Câncer [Internet]. OPAS; 2020. [citado 2023 Set 04]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>.
2. Firkins J, Hansen L, Driessnack M, Dieckmann N. Quality of life in “chronic” cancer survivors: a meta-analysis. *J Cancer Surviv*. 2020;14(4):504–517. DOI: 10.1007/s11764-020-00869-9.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49. DOI: 10.3322/caac.21660.
4. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2023.[cited 2023 nov 16]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>.
5. Tsimberidou AM, Fountzilias E, Nikanjam M, Kurzrock R. Review of precision cancer medicine: Evolution of the treatment paradigm. *Cancer Treat Rev*. 2020;86:102019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2020.102019>.
6. Miller KD, Nogueira L, Mariotto AB, Rowland JH, Yabroff KR, Alfano CM, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *CA Cancer J Clin*. 2019;69(5):363-85. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21565>.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).
8. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*. 2019;28(10):2641-50. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>.
9. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, et al. Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):6938. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17196938>.
10. Kanematsu JS, Atanazio B, Cunha BF, Caetano LP, Arada DMY. Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Rev Med (São Paulo) [Internet]*. 3 de maio de 2022. [citado 2023 mai 26];101(3):e-192586. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/192586>.
11. Castro MCF, Fuly PSC, Santos MLSC, Chagas MC. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200311. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>.
12. Blackburn LM, Burns K, DiGiannantonio E, Meade K, O’Leary C, Stiles R. Pain Assessment: Use of the Defense and Veterans Pain Rating Scale in Patients With Cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2018 Dec 1;22(6):643-48. DOI: <https://doi.org/10.1188/18.CJON.643-648>. PMID: 30451995.

13. Amaechi O, Huffman MM, Featherstone K. Pharmacologic Therapy for Acute Pain. *Am Fam Physician*. 2021;104(1):63-72. PMID: 34264611[citado em 2023 nov 16]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34264611/>
14. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease. *PAIN*. 2019;160(1):19-27. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>.
15. Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; April 23, 2023.[citado 2023 nov 16]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>
16. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J*. 2019 Sep/Oct;25(5):343-48. DOI: <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000399>.
17. Chapman EJ, Edwards Z, Boland JW, Maddocks M, Fettes L, Malia C, et al. Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2020;34(4):444-53. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216319896955>.
18. National Comprehensive Cancer Network. Guidelines for Adult Cancer Pain (Version 1.2023). [citado 2023 May 04]. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf.
19. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP da. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 Jun;44(3):559–65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>.
20. Hospital de Base de São José do Rio Preto. [Internet]. [citado 2023 set 16]. Disponível em: <https://www.hospitaldebase.com.br/servicos/quimioterapia-servico-de-oncologia-clinica>.
21. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital [acesso 2023 Jul 20]. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp
22. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993 Mar;85(5):365-76.
23. Cocks K, Wells JR, Johnson C, Schimdt H, Koller M, Oerlemans S, et al. Content validity of the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30 for use in cancer. *Eur J Cancer*. 2023;178:128-38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2022.10.026>.
24. Koller M, Müller K, Nolte S, Schimdt H, Harvey C, Molle U, et al. Investigating the response scale of the EORTC QLQ-C30 in German cancer patients and a population survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19:235. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01866-x>.
25. Fayers P, Aaronson NK., Bjordal K., Sullivan M. *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.1995
26. EORTC Quality of Life. [citado 2023 nov 15]. Disponível em: <https://qol.eortc.org/faq/>.
27. Conover WJ. *Practical nonparametric statistics*. 3ª ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.

28. Siegel S, Castellan Jr NJ. *Estatística Não Paramétrica para Ciências do Comportamento*. 2ª edição. São Paulo: Bookman; 2006.
29. IBM Corporation. *IBM SPSS Statistics Algorithms*, 27ª edição. Armonk, NY, USA: IBM Corp.; 2020.
30. Cliff N. Dominance statistics: Ordinal analyses to answer ordinal questions. *Psychological Bulletin*. 1993;114:494-509.
31. Romano J, Kromrey JD, Coraggio J, Skowronek J. Appropriate statistics for ordinal level data: Should we really be using t-test and Cohen's d for evaluating group differences on the NSSE and other surveys? Apresentado na Annual Meeting of the Florida Association of Institutional Research, 2006.
32. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2ª edição. Lawrence Erlbaum Associates; 1988
33. Bonett DG, Wright TA. Sample size requirements for estimating Pearson, Kendall and Spearman correlations. *Psychometrika*. 2000;65:23–8
34. Bishara AJ, Hittner JB. Confidence intervals for correlations when data are not normal. *Behav Res*. 2017;49:294–309.
35. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Oxford University Press; 2015
36. Souza J C, Santos EGA, Santos ALS, Santos MIPO, Fernandes DS, Oliveira TNC. Qualidade de vida de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica. *Rev Pan-Amaz Saude [Internet]*. 2018; 9(3): 47-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000300006>
37. Carlos EA, Borgato JA, Garbuio DC. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Rev Rene*. 2022;23:e71133. DOI : <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2022237113>
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Produto Interno Bruto - PIB. [citado 2023 nov 16]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>.
39. Nayak SG, Pai MS, George LS. Quality of life of patients with head and neck cancer: A mixed method study. *J Cancer Res Ther*. 2019;15(3):638-44. DOI: https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_1123_16.
40. Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM, Cancela MC. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. *Rev. Bras. Cancerol. [Internet]*. 2023;22];69(1):e-213700. DOI:doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>
41. Wilkinson L, Gathani T. Understanding breast cancer as a global health concern. *Br J Radiol*. 2021 Feb 1;95(1130):20211033. DOI: <https://doi.org/10.1259/bjr.20211033>.

42. Ximenes CRC, Bergmann A, Lima JTO, Cavalcanti AS, Britto MCA, Mello MJG, ET AL. Impact of age in health-related quality of life in older adults with cancer. *Geriatr Gerontol Aging*. 2021;15:e0210005. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320212000106>.
43. Kanematsu J dos S, Atanazio B, Cunha BF, Caetano LP, Arada DMY. Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Rev. Med. (São Paulo) [Internet]*. 3 de maio de 2022 [citado 6 de dezembro de 2023];101(3):e-192586. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/192586>
44. Beck JL, Cogo SB, Eberhardt TD, Reisdorfer AP, Gomes TF, Perlini NMOG. Characterization of people with hemato-oncological diseases admitted to an emergency unit. *Esc. Anna Nery*,2019;23(3):e20190021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0021>.
45. Lima MP, Irigaray TQ. Locus de controle, escolaridade e conhecimento sobre a doença em pacientes oncológicos. *Psicologia Saúde & Doença*. 2019; 20(3):659-69. DOI: <https://doi.org/10.15309/19psd200309>.
46. Krajc K, Mirošević Š, Sajovic J, Klemenc Ketiš Z, Spiegel D, Drevenšek G, Drevenšek M. Marital status and survival in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Med*. 2023 Jan;12(2):1685-1708. DOI: <https://doi.org/10.1002/cam4.5003>.
47. Blinder VS, Gany FM. Impact of Cancer on Employment. *J Clin Oncol*. 2020 Feb 1;38(4):302-09. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.19.01856>.
48. Halpern MT, de Moor JS, Yabroff KR. Impact of Pain on Employment and Financial Outcomes Among Cancer Survivors. *J Clin Oncol*. 2022; 40(1): 24-31. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.20.03746>
49. Dias LAC. Impacto do acolhimento e escuta qualificada na melhora da qualidade de vida do paciente oncológico. 2021. 113 f [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
50. Majda A, Szul N, Kołodziej K, Wojcieszek A, Pucko Z, Bakun K. Influence of Spirituality and Religiosity of Cancer Patients on Their Quality of Life. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19: 4952. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094952>.
51. De La Longuiniere ACF, Yarid SD. Inclusão da espiritualidade do paciente durante o tratamento quimioterápico. *Saúde Soc. São Paulo*. 2024;33(1):e220053pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220053pt>
52. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Prevenção e fatores de risco [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018. [citado 2023 Ago 2]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco>.
53. Silva LJ, Mendanha DM, Gomes PP. O uso de opioides no tratamento da dor oncológica em idosos. *BrJP. São Paulo*, 2020;3(1):63-72. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200014>.
54. Kibret AA, Wolde HF, Moges AM, Aragie H, Teferi ET, Assefa YA, et al. Prevalence and associated factors of cancer pain among adult cancer patients evaluated at an oncology unit in

the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, northwest Ethiopia. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2023;3:1061239. DOI:<https://doi.org/10.3389/fpain.2022.1>

55. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *Ca: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018;68(3):182-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21453>.

56. Rezende IP, Waltermann ME, Oliveira MC, Pinto IDS, Rodrigues YRSR, Lamas JMMAC et al. Metastasis: clinical management and intensive care of cancer pain. *RSD [Internet]*. 2022; 11(12):e412111234843. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34843>

57. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon -Ferguson J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. *Br J Cancer* 2015; 112: S92–107. DOI: <https://doi.org/10.1038/bjc.2015.48>

58. Sobral GS, Araújo YB, Kameo SY, Silva GM, Santos DK da C, Carvalho LLM. Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia. *Rev. Bras. Cancerol. [Internet]*. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354>

59. Sturgeon KM, Deng L, Bluethmann SM, Zhou S, Trifiletti DM, Jiang C, et al. A population-based study of cardiovascular disease mortality risk in US cancer patients. *Eur Heart J*. 2019;40(48):3889-97. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz766>.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório aponta que número de adultos com hipertensão aumentou 3,7% em 15 anos no Brasil. [citado 2023 out 10] Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br>.

61. Flauzino VH, Vitorino PG, Hernandez L, Gomes DM, Cesário JM. Cardiac patient undergoing cancer treatment: Implications for nursing care. *Res.Soc. Dev*. 2021;10(6):e34310615357. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15357>

62. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. ESMO Guidelines Committee. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018 Oct 1;29(Suppl 4):iv166-iv191. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152>. PMID: 30052758).

63. Corgozinho MM, Barbosa LO, Araújo IP, Araújo GTF. Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2020; 28 (2): 249-56. DOI: 10.1590/1983-8042202028286.

64. Guimarães FPG, Júnior ECS, Júnior CAM, Nascimento JWL. Política de proibição da dipirona: uma reflexão / Dipyron ban policy: a reflection. *Braz. J. Hea. Rev. [Internet]*. 2021;4(3):11007-19. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-109>

65. Brasil. Ministério da saúde. Política nacional de Medicamentos.Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25. Brasília. 2001.[acesso em 03/03/2024] Disponível em:https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf

66. Greszta E, Świdorska J, Zalewska-Łunkiewicz K, Obidziński M, Ryś M, Hamer K. Gender differences in patient-perceived changes to the system of values after a cancer diagnosis. *Patient education and counseling*. 2022;105(4):1030–33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.007>.
67. Fireman KM, Macedo FO, Torres DM, Ferreira FO, Lou MBA. Percepção das Mulheres sobre sua Funcionalidade e Qualidade de Vida após Mastectomia. *Rev. Bras. Cancerol*. 2018;64(4): 499-508. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.198>
68. National Comprehensive Cancer Network. Cancer-Related Fatigue (Version 2.2023). https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf. Accessed July 07, 2023.
69. Abrahams HJG, Gielissen, MFM, Verhagen CAHHVM, Knoop H. The relationship of fatigue in breast cancer survivors with quality of life and factors to address in psychological interventions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 2018;63:1–11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.004>.
70. Silveira FM, Wysocki AD, Mendez RD, Pena SB, Santos EM, Malaguti-Toffano S, et al. Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE00583. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00583>
71. Izzo JM, Cunha AMR, Cesarino CB, Martins MRI. The impact of chronic pain on the quality of life and on the functional capacity of cancer patients and their caregivers. *BrJP [Internet]*. 2019Oct;2(4):336–41. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190062>.
72. Salvetti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AM. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180287. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>.
73. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2020;38(9):905–14. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>.
74. Fink RM, Gallagher E. Cancer Pain Assessment and Measurement. *Semin Oncol Nurs*. 2019; 35(3)229-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.04.003>.
75. Yang B, Cui Z, Zhu X, Deng M, Pan Y, Li R, et al. Clinical pain management by a multidisciplinary palliative care team: Experience from a tertiary cancer center in China. *Medicine*. 2020;99(48):e23312. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023312>.
76. Brooks JV, Poague C, Formagini T, Roberts AW, Sinclair CT, Keirns CC. Palliative Care's Role Managing Cancer Pain During the Opioid Crisis: A Qualitative Study of Patients, Caregivers, and Clinicians. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(6):1127–35.e2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.039>.
77. González-Martín AM, Aguilera-García I, Castellote-Caballero Y, Rivas-Campo Y, Bernal-Suárez A, Aibar-Almazán A. Effectiveness of Therapeutic Education in Patients with Cancer Pain: Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers*. 2023;15(16):4123. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers15164123>.

APÊNDICE

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa "Qualidade de vida de pacientes oncológicos com dor". O objetivo deste estudo é identificar a qualidade de vida de pacientes oncológicos com dor e, caso aceite participar da pesquisa, poderá aumentar o conhecimento a respeito da avaliação da qualidade de vida nestes pacientes.

O convite para participação será feito de forma verbal no momento da sua admissão no setor de quimioterapia, e caso seja aceito, será solicitada a assinatura deste Termo de Consentimento para autorização da sua participação. Após a autorização, a autora te auxiliará no preenchimento do instrumento de coleta de dados e dados demográficos e da sua doença serão retirados do seu prontuário eletrônico. Suas respostas serão anônimas e confidenciais, ou seja, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa e poderá recusar a participação em qualquer momento após o convite, sem nenhum tipo de prejuízo.

O preenchimento do instrumento de coleta de dados poderá causar os seguintes riscos: incômodo/angústia durante as perguntas ocupando parte do seu tempo durante o tratamento quimioterápico. Você não será beneficiado diretamente ao participar deste estudo, porém sua participação contribuirá para descobrir o impacto da dor na qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa, você poderá procurar o pesquisador responsável Enf^a Isabela Cristina Antunes de Souza pelo e-mail enf.isabela.antunes@gmail.com ou ainda pelo telefone: (17) 3201-5000 - Ramal 5613, no endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5544 - 2º andar em São José do Rio Preto/SP nos horários 8h às 16h.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo eu e o pesquisador colocado rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisador Responsável

Isabela Cristina Antunes de Souza

Orientador

Maria Helena Pinto

Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

(Nome e Assinatura)

APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE SENTEM DOR

Data da coleta de dados: _____

Prontuário: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Sexo: ()M ()F	D.N: _____	Raça: _____	Religião: _____
Natural de: _____	Reside em: _____		
Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () divorciado () união estável () não consta			
Escolaridade: () nenhuma () ens. Fundamental completo () ens. Fundamental incompleto () ens. Médio completo () ens. Médico incompleto () ens. Superior completo () ens. Superior incompleto () não consta			
Situação profissão: () empregado () desempregado () aposentado () não consta			

DADOS CLÍNICOS			
Histórico de tabagismo?	() Sim	() Não	Ainda fuma?
Histórico de etilismo?	() Sim	() Não	Ainda ingere álcool?
Comorbidades prévias? () diabetes () hipertensão () cardiopatias () citar _____			
Histórico de câncer na família? () Sim () Não Se sim, citar grau de parentesco			

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO
Diagnóstico Oncológico: _____
Mês e ano do diagnóstico oncológico: _____
Apresenta metástase? () Sim () Não

INFORMAÇÕES SOBRE A DOR
Apresentou dor pelo menos uma vez na última semana? () Sim () Não
Qual a provável causa da dor? () oncológica () não oncológica () causa desconhecida
Faz tratamento medicamentoso para a dor? () Sim () Não Se sim, faz uso de opioides ou não opioides? () opioides () não opioides
Faz tratamento alternativo para a dor? () Sim () Não Se sim, descreva qual:
Nível da dor após o tratamento realizado? () zerada () melhorada () sem alterações

ANEXOS

ANEXO I - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Parecer nº 5461238

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 58397522.9.0000.5415 sob a responsabilidade de **Isabela Cristina Antunes de Souza** com o título “QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DOR ATENDIDOS EM UM HOSPITAL ESCOLA” está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse Comitê na Plataforma Brasil em 10/06/2022**. Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

Profa. Dra. Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen
Coordenadora do CEP-FAMERP

Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho
Vice-Coordenador do CEP-FAMERP

Documento emitido no dia 4 de julho de 2022.

Código de validação: **DE4D-1C98-70C1-4A7A-A540**

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da FAMERP

<http://certdec.famerp.br/Valida.aspx>



ANEXO II - INSTRUMENTO EORTC QLQ-C30

PORTUGUESE (BRAZIL)

EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

Por favor, preencha suas iniciais: _ _ _ _ _

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

Data de hoje (dia, mês, ano): _ _ / _ _ / _ _ _ _ _

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
6. Foi difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Foi difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você teve dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você teve problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você se sentiu fraco/a?	1	2	3	4
13. Você teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você se sentiu enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você vomitou?	1	2	3	4
16. Você teve prisão de ventre?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

PORTUGUESE (BRAZIL)

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
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 III - AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA UTILIZAÇÃO DO EORTC QLQ-C30 (VERSÃO 3.0.)

Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 82547



no-reply@eortc.be

Para: ▼

Dear ISABELA CRISTINA ANTUNES DE SOUZA,

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>