

Qualidade de Vida de Pacientes em Tratamento Quimioterápico Atendidos em um Hospital de Referência Oncológico da Região Norte

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5664>

Quality of Life of Patients Undergoing Chemotherapy Treatment at a Leading Oncology Hospital in the Northern Region

Calidad de Vida de Pacientes en Tratamiento de Quimioterapia Atendidos en un Hospital Oncológico de Referencia de la Región Norte

Isabela Giordano do Couto¹; Artur Rocha Rosa²; João Paulo Monteiro Rodrigues³; Marina Vinagre Pires⁴; Victor de Araújo Gabriel⁵; Ana Cristina Vidigal Soeiro⁶

RESUMO

Introdução: O câncer é uma neoplasia maligna que figura entre as principais causas de morbimortalidade. Seu tratamento sempre suscitou preocupação por causa dos seus desdobramentos biopsicossociais e dos impactos à qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico em uma instituição de referência na Região Norte do Brasil. **Método:** Pesquisa de caráter descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizada junto ao Setor de Quimioterapia, entre maio e agosto de 2025. O instrumento utilizado foi um questionário aplicado de forma presencial, contendo duas seções, sendo uma delas direcionada a obter dados gerais sobre os participantes e outra contendo o *Medical Outcome Short-Form 36 Health Survey* (SF-36). **Resultados:** Participaram do estudo 52 pacientes oncológicos. Os escores de qualidade de vida de limitação física e limitação emocional apresentaram as menores médias (12,0 e 36,5). Quanto à idade, pacientes de 60 a 77 anos pontuaram melhor na média de limitação emocional e percepção de estado geral de saúde (51,9 e 67,5) em comparação aos de 20 a 39 anos (16,7 e 52,0). Além disso, pacientes em tratamento há mais de 12 meses não obtiveram escores de qualidade de vida significativamente diferentes de pacientes com menor tempo de tratamento. **Conclusão:** A qualidade de vida não apresentou correlação linear com o tempo de diagnóstico oncológico na amostra estudada, reforçando o caráter multifatorial e individual dessa percepção. Além disso, participantes idosos apresentaram melhores escores no que concerne às percepções subjetivas sobre a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Neoplasias; Qualidade de vida; Tratamento Farmacológico.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a malignant neoplasm that is among the leading causes of morbidity and mortality. Its treatment has always been a concern due to its biopsychosocial consequences and impacts on quality of life. **Objective:** To analyze the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy treatment at a reference institution in the North region of Brazil. **Method:** Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, conducted in the Chemotherapy Sector between May and August 2025. The instrument used was a questionnaire administered in person, containing two sections: one aimed at obtaining general data about the participants and the other containing the Medical Outcome Severity Short-Form 36 Health Survey (SF-36). **Results:** Fifty-two cancer patients participated in the study. The quality-of-life scores for physical limitation and emotional limitation showed the lowest mean values (12.0 and 36.5, respectively). Regarding age, patients aged 60 to 77 years achieved better mean scores in emotional limitation and perception of general health status (51.9 and 67.5) compared with patients aged 20 to 39 years (16.7 and 52.0). In addition, patients undergoing treatment for more than 12 months did not present significantly different quality-of-life scores compared to those with a shorter treatment duration. **Conclusion:** Quality of life did not show a linear correlation with the time since cancer diagnosis in the studied sample, reinforcing the multifactorial and individual nature of this perception. Furthermore, older participants presented better scores regarding their subjective perceptions of quality of life.

Key words: Neoplasms; Quality of life; Drug Therapy.

RESUMEN

Introducción: El cáncer es una neoplasia maligna que se encuentra entre las principales causas de morbilidad y mortalidad. Su tratamiento siempre ha sido una preocupación debido a sus consecuencias biopsicosociales e impactos en la calidad de vida. **Objetivo:** Analizar la calidad de vida de pacientes con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia en una institución de referencia en la región Norte del Brasil. **Método:** Estudio descriptivo, transversal con un enfoque cuantitativo, realizado en el sector de quimioterapia entre mayo y agosto de 2025. El instrumento utilizado fue un cuestionario administrado en persona, que contiene dos secciones: una destinada a obtener datos generales sobre los participantes y otra que contiene el *Medical Outcome Severity Short-Form 36 Health Survey* (SF-36). **Resultados:** Participaron en el estudio 52 pacientes oncológicos. Las puntuaciones de calidad de vida relacionadas con limitación física y limitación emocional presentaron los promedios más bajos (12,0 y 36,5, respectivamente). En cuanto a la edad, los pacientes de 60 a 77 años obtuvieron mejores puntuaciones promedio en limitación emocional y percepción del estado general de salud (51,9 y 67,5) en comparación con los pacientes de 20 a 39 años (16,7 y 52,0). Además, los pacientes en tratamiento durante más de 12 meses no presentaron puntuaciones de calidad de vida significativamente diferentes de aquellos con menor tiempo de tratamiento. **Conclusión:** La calidad de vida no mostró una correlación lineal con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer en la muestra estudiada, lo que refuerza la naturaleza multifactorial e individual de esta percepción. Además, los participantes de mayor edad presentaron mejores puntuaciones en lo que respecta a las percepciones subjetivas sobre su calidad de vida.

Palabras clave: Neoplasias; Calidad de vida; Quimioterapia.

¹Universidade do Estado do Pará (Uepa). Belém (PA), Brasil.

¹E-mail: isabelagiordanoc@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0009-7477-9866>

²E-mail: artur.r.rosa@aluno.uepa.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0007-7836-1796>

³E-mail: joaop.mont@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0004-4957-9313>

⁴E-mail: mvinagree@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-1706-1515>

⁵E-mail: vdag49@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-1164-5640>

⁶E-mail: acsoeiro1@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1669-3839>

Endereço para correspondência: Isabela Giordano do Couto. Avenida Centenário, 2000, J16 – Manguirão. Belém (PA), Brasil. CEP 66640-658.

E-mail: isabelagiordanoc@gmail.com



INTRODUÇÃO

O câncer é uma neoplasia maligna e representa uma das principais causas de morbimortalidade na população mundial¹. As projeções indicam um aumento significativo nos registros da doença, atingindo potencialmente 35 milhões de casos até 2050². Estimativas mais recentes apontam a ocorrência de 20 milhões de novos casos e 9,7 milhões de mortes por câncer, somente em 2022³. Já no Brasil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma, a estimativa é de cerca de 518 mil novos casos por ano no triênio de 2026-2028⁴. Tais dados indicam a magnitude dessa temática no cenário nacional e mundial, e, consequentemente, a importância de investigação científica no tocante às condutas terapêuticas⁵.

A definição do tratamento oncológico depende do tipo de neoplasia, do estadiamento clínico e das características individuais do paciente⁶. Entre as modalidades terapêuticas disponíveis, a quimioterapia permanece amplamente empregada no manejo de diferentes neoplasias malignas, sobretudo em tumores com elevado potencial proliferativo e metastático⁶. Entretanto, apesar de sua relevância terapêutica, os agentes quimioterápicos apresentam baixa seletividade celular, atuando não apenas sobre células neoplásicas, mas também sobre tecidos saudáveis com alta taxa de renovação celular, o que contribui para o desenvolvimento de toxicidades sistêmicas durante o tratamento⁷.

Nesse contexto, os eventos adversos relacionados à quimioterapia decorrem principalmente dos mecanismos citotóxicos e imunossupressores dos agentes antineoplásicos, podendo variar conforme o protocolo terapêutico empregado, dose administrada, tempo de exposição e condições clínicas do paciente⁸. Essas toxicidades podem manifestar-se por meio de alterações gastrointestinais, hematológicas, cardiovasculares e hepáticas, comprometendo significativamente aspectos físicos, emocionais e funcionais relacionados à qualidade de vida de pacientes oncológicos⁸.

Embora pesquisas anteriores tenham trazido importantes contribuições para a compreensão dos efeitos adversos da quimioterapia, análises que integrem a percepção subjetiva de bem-estar dos pacientes em tratamento quimioterápico ainda são escassas na literatura científica. Ademais, pesquisas que analisem as particularidades logísticas e socioeconômicas de populações periféricas permanecem limitadas no cenário nacional^{9,10}.

No contexto da Região Norte, essa lacuna é ainda mais acentuada, visto que os estudos existentes frequentemente negligenciam como as barreiras geográficas de acesso e os vazios assistenciais impactam diretamente a qualidade de vida durante a quimioterapia¹¹. Em se tratando

de pacientes atendidos na Região Norte do país, a compreensão dos impactos do tratamento na qualidade de vida apresenta relevância científica e social, na medida em que pode subsidiar estratégias para aprimorar o processo de cuidado a tais pacientes.

Diante desse contexto, o objetivo do presente estudo é analisar a qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico em um hospital de referência no tratamento oncológico, localizado na Região Norte.

MÉTODO

Pesquisa de caráter descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2025, incluindo pacientes maiores de 18 anos, com tempo mínimo de seis meses de tratamento quimioterápico no Centro de Alta Complexidade em Oncologia Hospital Ophir Loyola (Cacon – HOL), localizado em Belém-PA. Esta instituição configura-se como o principal centro de referência oncológica do Estado do Pará e da Região Norte do Brasil, desempenhando um papel central na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e atuando como centro de formação acadêmica e de pesquisa na Amazônia Brasileira. O HOL concentra o maior volume de atendimentos especializados de média e alta complexidade do Pará, sendo o destino de um fluxo contínuo de pacientes provenientes de diversas regiões geográficas e contextos socioeconômicos, que advém, inclusive, de outros Estados, como o Amapá, o que lhe confere alta relevância epidemiológica para o estudo da qualidade de vida em oncologia no cenário regional¹².

A delimitação de tempo justificou-se pela necessidade de avaliar a qualidade de vida após o período de adaptação inicial ao diagnóstico e aos efeitos colaterais agudos dos primeiros ciclos terapêuticos, haja vista que a literatura aponta que, nos meses iniciais, a instabilidade clínica e o estresse psicológico tendem a flutuar acentuadamente^{9,13}.

Foram excluídos pacientes que apresentassem impedimento físico (como incapacidade de fala ou audição não corrigida) ou quadro de sofrimento psíquico agudo no momento da abordagem (como crises de choro ou agitação psicomotora) que inviabilizasse a compreensão e o preenchimento autônomo do instrumento de pesquisa, bem como aqueles que preencheram o questionário de forma incompleta.

A coleta de dados foi realizada no hospital, mediante convite prévio à participação, quando foram fornecidas informações sobre os objetivos, metodologia e riscos e benefícios do estudo. Após o aceite, os participantes foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram obtidos mediante aplicação de um questionário estruturado em duas seções: a primeira direcionada ao perfil sociodemográfico e clínico dos participantes (variáveis independentes, tais como gênero, idade, estado civil, religião, tempo de diagnóstico e tempo de quimioterapia); a segunda contendo o *Medical Outcomes Short-Form 36 Health Survey* (SF-36)¹⁴, instrumento psicométrico traduzido e validado para a língua portuguesa, usado para avaliar a qualidade de vida (variáveis independentes). O questionário é composto por 36 itens, os quais se separam em 8 categorias: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores, previamente treinados, visando à padronização da abordagem, leitura e esclarecimento de dúvidas operacionais sobre os instrumentos, sem que fosse exercida qualquer indução nas respostas. O treinamento prévio consistiu no alinhamento teórico sobre os domínios do questionário SF-36 e na simulação prévia de sua aplicação para garantir a uniformidade da linguagem e minimizar o viés de aferição.

O levantamento das respostas ocorreu por meio de autoaplicação presencial supervisionada. Dada a sistematização, foram utilizados os seguintes passos: realização da abordagem inicial, explicação sobre os objetivos da pesquisa e fornecimento de instruções de preenchimento dos instrumentos de coleta. Em seguida, foi feita a entrega do questionário impresso para que o próprio participante o respondesse de forma autônoma e reservada.

Durante o preenchimento, os pesquisadores mantiveram-se sem contato visual ou verbal direto, intervindo estritamente quando solicitados pelos participantes para o esclarecimento de dúvidas operacionais. Para tanto, estabeleceu-se uma padronização rigorosa para esse suporte: diante de eventuais dificuldades de compreensão de algum item, o pesquisador realizava apenas a leitura literal e neutra do enunciado ou das alternativas em igual tom de voz, sem emitir explicações subjetivas, sinônimos informais ou paráfrases que pudessem induzir a escolha de uma resposta. Ao término, os questionários eram devolvidos e conferidos imediatamente pelo pesquisador para verificar a completude de todos os itens e evitar dados omissos (*missing data*).

Embora a coleta de dados durante as sessões de quimioterapia exponha os pacientes a estressores físicos e emocionais agudos inerentes ao ambiente hospitalar, que pode influenciar pontualmente as respostas, essa estratégia metodológica permitiu apreender a percepção da qualidade de vida no momento exato em que o impacto

da rotina terapêutica é mais manifesto. Além disso, a abordagem no setor de infusão viabilizou o acesso a uma amostra clinicamente ativa e minimizou as recusas comuns em abordagens realizadas em salas de espera ou após quimioterapia.

Para o cálculo dos escores e padronização das respostas do SF-36, utilizou-se o algoritmo padrão estabelecido pelo instrumento *Raw Scale Score*, o qual pontua cada questão em uma escala de intensidade. Posteriormente, esses valores brutos foram transformados matematicamente por meio de fórmulas específicas para cada domínio, gerando uma escala padronizada que varia de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). Desse modo, escores mais elevados refletem uma melhor percepção da qualidade de vida relacionada à saúde.

Os dados foram organizados no programa *Microsoft Excel* 2010. Os gráficos e tabelas foram construídos com as ferramentas disponíveis nos programas *Microsoft Word*, *Excel* e *GraphPad Prism* 9.0¹⁵, sendo este último também utilizado para todas as análises estatísticas. As variáveis quantitativas (como idade, tempo de diagnóstico, tempo de quimioterapia e escores dos domínios do SF-36) foram descritas por mínimo, máximo, média, mediana e desvio-padrão. As variáveis qualitativas (como gênero, estado civil, religião, outros tratamentos, percepção sobre a equipe de saúde e grau de concordância com afirmações) foram expressas por frequência e percentagem.

A seleção dos testes estatísticos de hipóteses foi guiada estritamente pela verificação dos pressupostos de normalidade. A distribuição dos dados numéricos foi avaliada quanto à sua normalidade utilizando o teste de Shapiro-Wilk¹⁶. Adotou-se o critério de que valores de $p > 0,05$ indicavam aderência à distribuição normal, o que justifica o uso de testes paramétricos, enquanto valores de $p < 0,05$ indicavam distribuição não normal, exigindo o emprego de métodos não paramétricos.

Para a comparação de uma variável numérica entre dois grupos independentes, utilizou-se o teste *t* de Student¹⁶ para dados com distribuição normal, ou o seu equivalente não paramétrico, o teste de Mann-Whitney¹⁶, para dados com distribuição não normal.

Para comparar uma variável numérica entre três ou mais grupos independentes, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) para dados paramétricos, seguida pelo teste pós-hoc de Tukey¹⁶ para identificar as diferenças específicas entre grupos, ou o teste de Kruskal-Wallis¹⁶ para dados não paramétricos, detalhado pelo teste pós-hoc de Dunn para múltiplas comparações par a par. Em todas as análises pós-hoc, aplicou-se o ajuste do *p* para mitigar a ocorrência de falsos positivos. Os resultados com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará e do Cacon – HOL, sob o número de parecer 7.551.800 (CAAE: 86508925.5.0000.5174), em atendimento às Resoluções 466/2012¹⁷ e 510/2016¹⁸ do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram incluídos 52 pacientes no estudo. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes. Além dos dados apresentados, 30,8% dos pacientes receberam terapias adicionais anteriores à quimioterapia.

Tabela 1. Características sociodemográficas (gênero, idade, estado civil, religião) e clínicas (tempo de diagnóstico e de quimioterapia) dos pacientes atendidos no Cacon – HOL, Belém-Pará (maio-agosto, 2025)

Variável	Frequência	% (n=52)
Gênero		
Feminino	39	75,0
Masculino	13	25,0
Idade		
20 a 39 anos	10	19,2
40 a 59 anos	24	46,2
60 a 77 anos	18	34,6
Estado civil		
Solteiro	22	42,3
Casado	15	28,8
União estável	10	19,2
Viúvo	5	9,6
Religião		
Católica	25	48,1
Evangélica	22	42,3
Protestante	3	5,8
Adventista	2	3,8
Tempo de diagnóstico (meses)		
Até 12 meses	24	46,2
13 a 24 meses	14	26,9
25 a 36 meses	6	11,5
>36 meses	8	15,4
Tempo de quimioterapia – ciclo atual (meses)		
Até 12 meses	32	61,5
13 a 24 meses	9	17,3
25 a 36 meses	4	7,7
>36 meses	7	13,5
Outros tratamentos		
Não	36	69,2
Sim	16	30,8

Na avaliação global da qualidade de vida, apresentada na Tabela 2, os menores escores médios foram observados nos domínios limitação Física (12,0 ± 24,0) e limitação emocional (36,5 ± 39,2), indicando maior comprometimento dessas dimensões. Em contrapartida, os maiores escores foram observados em aspectos emocionais (71,2 ± 23,6), dor (62,4 ± 25,3) e vitalidade (58,6 ± 23,6).

A Tabela 3 mostra a relação entre faixas etárias e escores de qualidade de vida pelo SF-36. Observou-se diferença estatisticamente significativa nos domínios limitação emocional ($p=0,043$) e estado geral de saúde ($p=0,035$), com maiores médias entre participantes de 60 a 77 anos. Os desvios-padrão amplos indicaram heterogeneidade na percepção da qualidade de vida entre os participantes.

Na Tabela 4, foi apresentada a análise da relação entre o tempo de quimioterapia desde o início do ciclo atual e os escores de qualidade de vida. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com 6-12 meses de quimioterapia (61,53%), 13-24 meses de quimioterapia (17,3%) e 25-72 meses de quimioterapia (21,16%) em nenhuma das dimensões avaliadas ($p>0,05$). Observou-se apenas uma tendência a maiores escores de capacidade física no grupo com até 12 meses de tratamento (57,3 ± 27,6), sem alcançar significância estatística ($p=0,073$). As demais dimensões apresentaram médias semelhantes ($p=0,073$).

A análise entre tempo de diagnóstico e qualidade de vida (SF-36), apresentada na Tabela 4, não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhum domínio ($p>0,05$). Observou-se tendência de escores

Tabela 2. Escores de qualidade de vida dos pacientes atendidos no Cacon – HOL, Belém-Pará (maio-agosto, 2025)

Variável	Mínimo	Máximo	Mediana	Média ± Desvio-padrão
Capacidade física	5,0	100,0	52,5	51,0 ± 26,9
Limitação física	0,0	100,0	0,0	12,0 ± 24,0
Limitação emocional	0,0	100,0	33,3	36,5 ± 39,2
Vitalidade	10,0	100,0	60,0	58,6 ± 23,6
Aspectos emocionais	12,0	100,0	76,0	71,2 ± 23,6
Aspectos sociais	0,0	100,0	62,5	59,9 ± 28,4
Dor	20,0	100,0	63,8	62,4 ± 25,3
Estado geral de saúde	25,0	95,0	60,0	59,0 ± 17,8



Tabela 3. Relação entre idade (20-39 anos; 40-59 anos; 60-77 anos) e escores de qualidade de vida (SF-36) dos pacientes atendidos no Cacon – HOL, Belém-Pará (maio-agosto, 2025)

Variável	20 a 39 anos (n=10)	40 a 59 anos (n=24)	60 a 77 anos (n=18)	p
Capacidade física	62,5 ± 32,3	46,3 ± 22,4	50,8 ± 28,9	0,282 ¹
Limitação física	22,5 ± 34,3	9,4 ± 16,2	9,7 ± 25,9	0,373 ²
Limitação emocional	16,7 ± 32,4	33,3 ± 39,3	51,9 ± 38,3	0,043 ^{2*}
Vitalidade	68,5 ± 25,7	53,1 ± 20,8	60,3 ± 25,1	0,210 ¹
Aspectos emocionais	70,4 ± 22,4	70,2 ± 23,7	72,9 ± 25,4	0,931 ¹
Aspectos sociais	62,5 ± 32,3	57,8 ± 29,	61,1 ± 26,7	0,814 ²
Dor	70,5 ± 23,6	54,1 ± 27,4	68,9 ± 20,7	0,089 ²
Estado geral de saúde	52,0 ± 15,8	55,6 ± 18,5	67,5 ± 15,2	0,035 ^{1**}

Legendas: * = Limitação emocional com múltiplas comparações significativas: “De 20 a 39 anos” versus “60 a 77 anos” ($p=0,043$); ** = Estado geral de saúde com múltiplas comparações significativas: “20 a 39 anos” versus “60 a 77 anos” ($p=0,046$); ¹ = Teste de Análise de Variância (ANOVA); ² = Teste de Kruskal-Wallis.

Nota: As variáveis numéricas são representadas como média ± desvio-padrão.

superiores nos pacientes com diagnóstico há até 12 meses, especialmente em capacidade física ($58,3 \pm 27,7$) e vitalidade ($62,5 \pm 25,4$), enquanto os aspectos emocionais foram os mais bem avaliados nos três grupos e a limitação física consistentemente apresentou os menores escores.

Além dos escores dos domínios do SF-36, o Quadro 1 apresenta a distribuição das respostas referentes à percepção global do estado de saúde e à sua evolução no último ano. Observou-se que 90,4% dos participantes classificaram sua saúde como boa, muito boa ou excelente. Em comparação ao ano anterior, 63,5% relataram melhora do estado de saúde, 11,5%, estabilidade e 25,0%, piora.

Em relação às atividades funcionais avaliadas pela Questão 3 do SF-36 (Quadro 1), observou-se maior comprometimento em atividades que exigiam esforço físico intenso. Mais da metade dos participantes relatou grande dificuldade para realizar atividades vigorosas (55,77%), caminhar mais de um quilômetro (53,85%) e caminhar vários quarteirões (59,62%). Por outro lado, a maioria não apresentou dificuldade para atividades básicas de autocuidado, como tomar banho ou vestir-se (78,85%).

DISCUSSÃO

A análise dos resultados permitiu identificar padrões sobre fatores que influenciam a qualidade de vida de

Tabela 4. Relação entre tempo de diagnóstico e tempo de quimioterapia (meses) e escores de qualidade de vida (SF-36) dos pacientes atendidos no Cacon – HOL, Belém-Pará (maio-agosto, 2025)

Variável	Tempo de diagnóstico (meses)			p	Tempo de quimioterapia (meses)			p
	Até 12 (n=24)	13-24 (n=14)	>24 (n=14)		Até 12 (n=32)	13-24 (n=9)	25-72 (n=11)	
Capacidade física	58,3 ± 27,7	44,6 ± 28,0	44,6 ± 22,8	0,1901	57,3 ± 27,6	36,1 ± 20,6	44,5 ± 24,8	0,0731
Limitação física	10 ± 24,4	16,1 ± 28,8	10,7 ± 18,9	0,6652	14,1 ± 28,4	8,3 ± 12,5	9,1 ± 16,9	0,9882
Limitação emocional	33,3 ± 41,7	47,6 ± 38,6	30,9 ± 35,7	0,4192	37,5 ± 41,3	40,7 ± 36,4	30,3 ± 37,9	0,8142
Vitalidade	62,5 ± 25,4	57,5 ± 15,9	52,9 ± 26,9	0,4822	63,1 ± 24,4	50,0 ± 18,7	52,3 ± 23,1	0,2081
Aspectos emocionais	73,8 ± 22,3	67,7 ± 27,4	70,0 ± 22,9	0,8111	73,4 ± 23,1	63,6 ± 28,0	70,9 ± 22,1	0,6232
Aspectos sociais	63,5 ± 28,8	54,5 ± 28,4	58,9 ± 28,8	0,6162	60,9 ± 29,4	55,6 ± 32,5	60,2 ± 23,6	0,9512
Dor	66,0 ± 25,2	56,3 ± 26,5	62,1 ± 25,0	0,5261	65,5 ± 25,8	57,5 ± 24,1	57,3 ± 25,9	0,5122
Estado geral de saúde	59,0 ± 18,4	54,3 ± 15,7	63,9 ± 18,5	0,3641	60,6 ± 18,2	53,3 ± 17,7	59,1 ± 17,3	0,5631
Mudança no estilo de vida	58,3 ± 33,5	75,0 ± 31,0	71,4 ± 23,7	0,2482	65,6 ± 32,2	63,9 ± 39,7	70,5 ± 18,8	0,9952

Legendas: ¹ = Teste de Análise de Variância (ANOVA); ² = Teste de Kruskal-Wallis.

Nota: As variáveis numéricas são representadas como média ± desvio-padrão.



Quadro 1. Questões 1, 2 e 3 do questionário *Medical Outcome Severity Short-Form 36 Health Survey (SF-36)* aplicado aos pacientes atendidos no Cacon – HOL, Belém-Pará

“Os seguintes itens são sobre atividades que você pode fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?”			
Questão 1. De modo geral, você diria que sua saúde é:		n	%
Questão 1	Excelente	5	9,62
	Muito boa	15	28,85
	Boa	27	51,92
	Ruim	5	9,62
	Muito ruim	0	0,00
Questão 2. Comparado a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?		n	%
Questão 2	Muito melhor agora do que há um ano	16	30,77
	Um pouco melhor agora do que há um ano	17	32,69
	Quase a mesma de um ano atrás	6	11,54
	Um pouco pior agora do que há um ano	11	21,15
	Muito pior agora do que há um ano	2	3,85
Questão 3. Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não me dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	29 (55,77%)	16 (30,77%)	7 (13,46%)
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	20 (38,46%)	18 (34,62%)	14 (26,92%)
c) Levantar ou carregar mantimentos	12 (23,08%)	12 (23,08%)	28 (53,85%)
d) Subir vários lances de escada	20 (38,46%)	18 (34,62%)	14 (26,92%)
e) Subir um lance de escada	14 (26,92%)	10 (19,23%)	28 (53,85%)
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	15 (28,85%)	14 (26,92%)	10 (19,23%)
g) Andar mais de 1 quilômetro	28 (53,85%)	14 (26,92%)	10 (19,23%)
h) Andar vários quarteirões	31 (59,62%)	12 (23,08%)	9 (17,31%)
i) Andar um quarteirão	11 (21,15%)	17 (32,69%)	24 (46,15%)
j) Tomar banho ou vestir-se	5 (9,62%)	6 (11,54%)	41 (78,85%)

pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, considerando variáveis clínicas, sociodemográficas e psicossociais. Ao avaliar os domínios do SF-36 em associação com características como tempo de diagnóstico, tipo de neoplasia, gênero, idade, religiosidade e estado civil, foi possível observar tendências que dialogam com achados prévios da literatura e revelam pontos importantes da experiência subjetiva desses indivíduos.

Inicialmente, o estudo evidenciou que a percepção de qualidade de vida não parece depender da cronicidade do diagnóstico, visto que os resultados mostram que nenhum dos domínios do SF-36 apresentou diferença significativa

entre os pacientes com diferentes tempos de diagnóstico. Isso sugere que a qualidade de vida pode não ter variado de forma relevante entre aqueles diagnosticados há até 12 meses, 13 a 24 meses ou mais de 24 meses. Mesmo em pacientes com maior duração da doença, os escores de qualidade de vida se mantiveram relativamente estáveis entre os pacientes.

Um possível motivo para esse padrão está no fato de que muitos pacientes, ao longo do tratamento, desenvolvem mecanismos de enfrentamento que ajudam a lidar com a doença e seus efeitos¹³. Fato que também explica a realidade de grande parte dos participantes

relatar melhora da saúde em relação ao ano anterior, o que pode refletir não apenas a resposta clínica ao tratamento, mas também a adaptação progressiva ao diagnóstico e ao processo terapêutico.

A literatura sugere que estratégias emocionais, sociais e espirituais podem reduzir o impacto negativo do diagnóstico com o passar do tempo¹⁹. Hipotetiza-se que, após os meses iniciais, geralmente mais estressantes, muitos pacientes atinjam uma fase de maior aceitação da doença e adaptação ao tratamento, o que justificaria a estabilização observada na percepção de qualidade de vida com o tempo, reduzindo diferenças entre os grupos.

É possível que fatores como intensidade dos sintomas, efeitos adversos da quimioterapia, tipo de protocolo utilizado e suporte familiar influenciem mais a qualidade de vida do que o período desde o diagnóstico¹⁵. Assim, mesmo pacientes com maior tempo de doença podem apresentar níveis de qualidade de vida semelhantes aos recentemente diagnosticados²⁰.

Os resultados reforçam que o acompanhamento clínico e psicossocial deve considerar fatores imediatos que afetam o bem-estar desses pacientes, e não apenas o tempo desde o diagnóstico. A estabilidade dos escores sugere que intervenções específicas podem ser úteis independentemente da fase do diagnóstico. Entretanto, pacientes que apresentam um quadro clínico mais comprometido demandam a intensificação de ações de suporte psicológico e social, particularmente quando ocorre o encaminhamento aos cuidados paliativos oncológicos²¹.

Outrossim, atrasos no diagnóstico, limitações no acesso aos serviços e inadequações no acompanhamento tendem a intensificar sintomas físicos e emocionais, o que pode repercutir negativamente no bem-estar geral. Esses fatores reforçam a necessidade de estratégias que ampliem o rastreamento, qualifiquem o atendimento e promovam intervenções capazes de preservar e melhorar a qualidade de vida ao longo do tratamento e da sobrevivência à doença¹².

A associação dos domínios à idade dos pacientes demonstrou que os participantes de 60 – 77 anos apresentaram notas maiores em estado geral de saúde e limitação emocional do que pacientes em faixas etárias mais jovens, apontando para uma percepção de maior qualidade de vida e menor limitação ($p < 0,05$). Esse achado se aproxima do chamado “paradoxo do bem-estar”, descrito na literatura, segundo o qual indivíduos idosos tendem a relatar melhor saúde subjetiva mesmo diante de maior carga de comorbidades e de prognóstico dificultoso²².

Além disso, infere-se a possibilidade de que, para pacientes idosos, os fatores psicológicos possam se

relacionar de forma mais significativa à saúde autorrelatada, ao contrário dos mais jovens, cuja percepção parece sofrer maior paralelo com as limitações físicas, como já foi descrito na literatura^{23,24}. O diferencial do presente estudo é demonstrar esse padrão paradoxal no contexto oncológico, entre pacientes em tratamento quimioterápico, sugerindo resiliência emocional dos participantes mais velhos mesmo diante dos desafios e efeitos adversos inerentes ao tratamento.

Quanto à capacidade física dos participantes avaliados, atividades como carregar mantimentos, subir escadas e ajoelhar-se, que dependem de força muscular e capacidade cardiorrespiratória, também apresentaram limitações importantes. Pesquisas com pacientes em tratamento ativo demonstram padrões semelhantes: dificuldades em tarefas cotidianas que exigem mobilidade, sustentação de peso e movimentação repetida estão entre os prejuízos mais frequentemente relatados, associados tanto ao impacto sistêmico do câncer quanto aos efeitos adversos dos tratamentos, como fadiga, perda de massa magra e de força muscular²⁵⁻²⁷.

Além dos escores dos domínios do SF-36, a avaliação subjetiva do estado geral de saúde revelou resultados relevantes. Observou-se que 90,4% dos participantes classificaram sua saúde como boa, muito boa ou excelente, enquanto 63,5% relataram que sua condição de saúde estava melhor em comparação ao ano anterior. Esse achado sugere que a percepção global de saúde não depende exclusivamente da presença de limitações físicas ou dos efeitos adversos do tratamento, mas também de fatores subjetivos relacionados à adaptação à doença, expectativas terapêuticas e estratégias de enfrentamento. Mesmo diante das restrições funcionais observadas em alguns domínios do SF-36, muitos pacientes podem interpretar o tratamento quimioterápico como um processo de recuperação ou controle da doença, o que contribui para avaliações mais positivas do próprio estado de saúde.

Esse resultado é consistente com estudos que demonstram que pacientes oncológicos frequentemente reavaliam seus parâmetros de comparação ao longo da trajetória da doença, fenômeno conhecido como *response shift*. Nesse contexto, mudanças nas expectativas, valores pessoais e mecanismos de adaptação psicológica podem levar os indivíduos a perceberem sua qualidade de vida de forma mais favorável, mesmo na presença de sintomas e limitações objetivas. Além disso, a esperança associada à continuidade do tratamento e a percepção de suporte familiar e profissional podem contribuir para avaliações positivas da saúde autorreferida¹⁹.

Na caracterização geral da amostra, percebeu-se desvio-padrão elevado, indicando heterogeneidade dos participantes, o que reforça a individualidade na

experiência da doença e do tratamento quimioterápico, sugerindo que a saúde autorrelatada depende de fatores objetivos, orgânicos e biopsicossociais.

Por fim, este estudo apresenta limitações metodológicas que devem ser consideradas. A amostragem por conveniência, o tamanho amostral reduzido e a distribuição desigual entre os sexos diminuem o poder estatístico para a comparação de subgrupos e limitam a generalização dos achados, embora esse impacto tenha sido mitigado pela coleta em diferentes dias e turnos. Adicionalmente, a ausência de variáveis clínicas detalhadas, aliada à não estratificação da amostra por tipo de neoplasia e à ausência de controle de fatores de confusão nas análises bivariadas, resultou em uma heterogeneidade que limitou a comparabilidade entre os participantes. Ademais, não foi realizada a avaliação da consistência interna na amostra estudada, o que se sustentou no fato de que o questionário utilizado já é amplamente validado no cenário oncológico nacional.

A heterogeneidade do tempo de tratamento e o uso exclusivo do SF-36, instrumento genérico, também constituem limitações. Além disso, o estudo não estratificou o impacto de terapias adicionais em comparação com a terapia apenas quimioterápica, variável que pode influenciar a qualidade de vida dos pacientes e não foi analisada isoladamente.

Outrossim, a coleta no setor de infusão expôs os participantes a estressores agudos do ambiente hospitalar, o que pode influenciar pontualmente as respostas. Contudo, o método de autoaplicação presencial supervisionada minimizou o viés de desejabilidade social ao garantir total privacidade. Apesar de tais condicionantes exigirem cautela na extrapolação dos dados, esta abordagem permitiu traçar um diagnóstico situacional fidedigno sobre o impacto global da rotina terapêutica em uma amostra clinicamente ativa na realidade local, servindo de base para futuras investigações multivariadas.

CONCLUSÃO

Este estudo investigou a qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico em um hospital de referência oncológica, localizado na Região Norte, apontando que a percepção de bem-estar e saúde desses indivíduos parece caminhar de forma independente da cronicidade do diagnóstico ou do tempo de exposição ao tratamento.

Os resultados indicaram que a qualidade de vida não se correlaciona com o tempo de diagnóstico oncológico, sugerindo a ativação de mecanismos adaptativos e de resiliência emocional por parte dos pacientes ao longo da trajetória terapêutica.

Além disso, participantes idosos apresentaram melhores avaliações subjetivas de saúde e menor limitação emocional quando comparados aos pacientes mais jovens, alinhando-se ao chamado paradoxo do bem-estar descrito na literatura, o que pode sugerir uma possível resiliência diante dos estressores da quimioterapia. A elevada heterogeneidade da amostra ratifica que a experiência do câncer é estritamente individual.

Em suma, conclui-se que o manejo do paciente oncológico deve transcender a abordagem puramente clínica e cronológica. Torna-se imperativo o fortalecimento de redes de apoio técnico e psicossocial contínuas, personalizadas e interprofissionais, com especial atenção à reabilitação física e ao suporte em cuidados paliativos quando indicados.

Por fim, apesar das limitações metodológicas e amostrais deste estudo, os resultados oferecem um diagnóstico situacional valioso da realidade local, ressaltando a necessidade de futuras investigações longitudinais e multivariadas que possam subsidiar políticas públicas e estratégias assistenciais mais equitativas e humanizadas na Região.

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Estado do Pará e ao Módulo de Humanidades Médicas pelo suporte oferecido durante a condução deste trabalho.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados relevantes para os objetivos do estudo estão contidos no manuscrito. Dados adicionais podem ser fornecidos pelos autores mediante solicitação.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence

- and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-63. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
2. Bizuayehu HM, Ahmed KY, Kibret GD, et al. Global disparities of cancer and its projected burden in 2050. *JAMA Netw Open.* 2024;7(11):e2443198. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43198>
 3. World Health Organization. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services.; [2024]. [acesso 2025 dez 8]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
 4. Martins LFL, Chaves GV, Oliveira JFP, et al. Perfil epidemiológico da incidência de câncer no Brasil e regiões: estimativas para o triênio 2026-2028. *Rev Bras Cancerol.* 2026;72(2):e-025587 doi: <https://www.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5587>
 5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2020 [acesso 2025 dez 11]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf
 6. World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [acesso 2026 maio 19]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
 7. Rocha AJM, Alves PGJM, Souza EB. Atuação fisioterapêutica nos efeitos adversos da quimioterapia e radioterapia em pacientes oncológicos: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2023;69(3):e-183970. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3970>
 8. Mehtre G, Hatte S, Gavhade P, Bagwan A, Fugate A. Chemotherapy-induced toxicities and their impact on quality of life in cancer patients: management and preventive strategies. *Int J Pharm Sci.* 2026;4(4):3043-3055. doi:10.5281/zenodo.19660855
 9. Leppert W, Majkowicz M, Forycka M, et al. Quality of life assessment in advanced cancer patients treated at home, an inpatient unit, and a day care center. *Onco Targets Ther.* 2014;7:687-95. doi: <https://doi.org/10.2147/OTT.S57338>
 10. Fonseca BP, Albuquerque PC, Saldanha RF, et al. Geographic accessibility to cancer treatment in Brazil: a network analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2022;7:100153. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100153>
 11. Sousa LVA, Maselli-Schoueri JH, Paiva LS, et al. Colorectal cancer in Brazil: regional disparities and temporal trends in diagnosis and treatment, 2013-2024. *Diseases.* 2026;14(2):40. doi: <https://doi.org/10.3390/diseases14020040>
 12. Secretaria de Estado (PA) [Internet]. Belém (PA): SESPA; 2026. Hospital Ophir Loyola reduz fila de braquiterapia de 190 para 37 pacientes. [acesso 2026 maio 13]. Disponível em: <https://www.saude.pa.gov.br/hospital-ophir-loyola-reduz-fila-de-braquiterapia-de-190-para-37-pacientes/>
 13. Omari M, Amaadour L, Asri AE, et al. Psychological distress and coping strategies in breast cancer patients under neoadjuvant therapy: a systematic review. *Womens Health (Lond).* 2024;20:17455057241276232. doi: <https://doi.org/10.1177/17455057241276232>
 14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
 15. Graph Pad: Prism [Internet]. Versão 9.0.0. Boston: GraphPad; 2020. [acesso 2025 dez 19]. Disponível em: <https://www.graphpad.com/updates/prism-900-release-notes>
 16. Hazra A, Gogtay N. Biostatistics series module 3: comparing groups: numerical variables. *Indian J Dermatol.* 2016;61(3):251-60. doi: <https://www.doi.org/10.4103/0019-5154.182416>
 17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção 1:59. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>
 18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção 1:44. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>
 19. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, et al. Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *Plos One.* 2020;15(7):e0236572. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236572>
 20. Custers PA, Van der Sandre ME, Grotenhuis BA, et al. Long-term quality of life and functional outcome of



patients with rectal cancer following a watch-and-wait approach. *JAMA Surg.* 2023;158(5):e230146. doi: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.0146>

21. Mikkonen H, Hökkä M, Saarto T, et al. Psychosocial interventions and health-related quality of life in adults with incurable cancer: systematic review. *BMJ Support Palliat Care.* 2025;15(5):572-85. doi: <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-005043>
22. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, 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>
23. Whitmore C, Markle-Reid M, McAiney C, et al. Self-reported health and the well-being paradox among community-dwelling older adults: a cross-sectional study using baseline data from the canadian longitudinal study on aging (CLSA). *BMC Geriatr.* 2022;22(112):1-16. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02807-z>
24. Thörnqvist K, Johansson L, Solevid M, et al. Age-related changes in factors associated with self-rated health in Swedish older adults: findings from the Gothenburg H70 study cohort born 1930. *BMC Geriatr.* 2025;25(275):1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05923-8>
25. Leung J, Smith MD, McLaughlin D. Inequalities in long-term health-related quality of life between partnered and not partnered breast cancer survivors through the mediation effect of social support. *Psychooncology.* 2016;25(10):1222-8. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4131>
26. Lorca LA, Sacomori C, Vidal-Labra R, et al. Functional outcomes and oncological fatigue among older cancer patients: a cross-sectional study. *Motriz.* 2021;27:e102100720. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-65742021020720>
27. Dalise S, Tropea P, Galli L, et al. Muscle function impairment in cancer patients in pre-cachexia stage. *Eur J Transl Myol.* 2020;30(2):8931. doi: <https://doi.org/10.4081/ejtm.2019.8931>

Recebido em 2/3/2026
Aprovado em 2/6/2026

