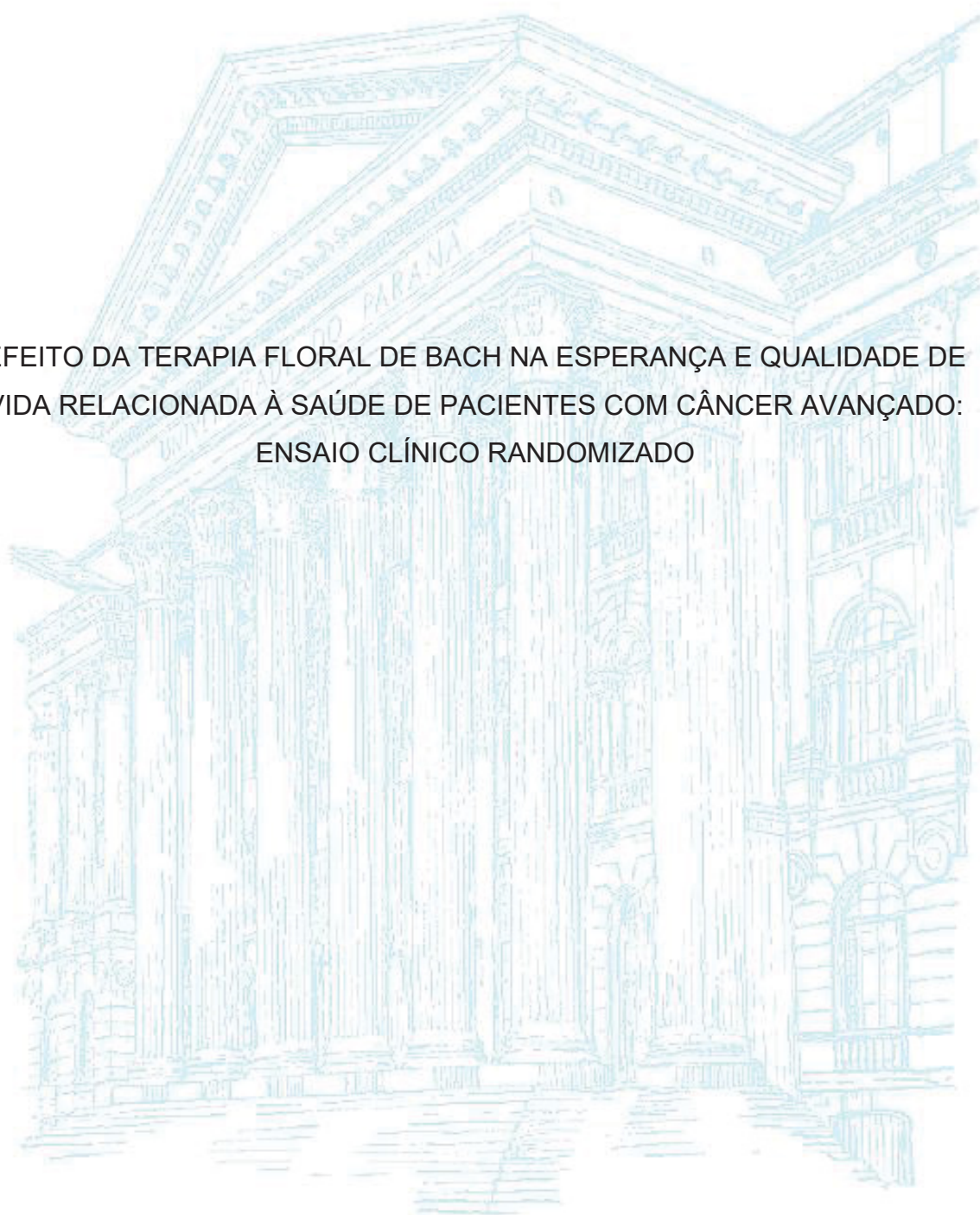


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LEONEL DOS SANTOS SILVA

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E QUALIDADE DE
VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO:
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO



CURITIBA

2025

LEONEL DOS SANTOS SILVA

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E QUALIDADE DE
VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO:
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Departamento de Enfermagem,
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal
do Paraná, como parte das exigências para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática Profissional de
Enfermagem

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde
e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Luciana Puchalski Kalinke

CURITIBA

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Leonel dos Santos

Efeito da Terapia Floral de Bach na esperança e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado [recurso eletrônico]: ensaio clínico randomizado / Leonel dos Santos Silva. – Curitiba, 2025.

1 recurso online : PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2025.

Orientador: Profa. Dra. Luciana Puchalski Kalinke

1. Enfermagem oncológica. 2. Metástase neoplásica. 3. Terapia floral.
4. Esperança. 5. Cuidados paliativos. 6. Qualidade de vida. I. Kalinke, Luciana Puchalski. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.9940231

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **LEONEL DOS SANTOS SILVA**, intitulada: **EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**, sob orientação da Profa. Dra. LUCIANA PUCHALSKI KALINKE, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 14 de Maio de 2025.

Assinatura Eletrônica
15/05/2025 14:15:17.0
LUCIANA PUCHALSKI KALINKE
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
15/05/2025 11:40:21.0
PAULO RICARDO BITTENCOURT GUIMARÃES
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
15/05/2025 17:01:02.0
LUCIANA DE ALCANTARA NOGUEIRA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
16/05/2025 14:29:12.0
RUTH NATALIA TERESA TURRINI
Avaliador Externo (ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

Assinatura Eletrônica
18/05/2025 16:58:17.0
MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



DEDICATÓRIA

A todas as **pessoas e famílias por suas jornadas** perpassadas no *continuum* de cuidados do câncer, cujas histórias de vida e legado de resiliência nos inspiram continuamente na busca por formas sempre dignas de cuidado. Que suas trajetórias sigam nos ensinando sobre esperança, transcendência e humanidade.

À minha avó **Virginia**, a quem acredito ter vivenciado a finitude com qualidade de morte e dignidade, fato que me aproxima minha jornada nos Cuidados Paliativos.

À **Dona Conceição**, por sua jornada no câncer avançado que muito me ensina sobre esperança, pela oportunidade de cuidar, conviver e sorrir.

Também dedico aos profissionais da oncologia, pela sua dedicação incansável, ciência e empatia. Especialmente à **Ivanete Moreira**, que me ensinou muito sobre enfermagem oncológica, cuidados, sororidade e tem nos ensinado sobre esperança no viver com câncer avançado.

AGRADECIMENTOS

Para chegar até este momento e além dele, tenho muito a agradecer, pois sem todas essas pessoas, eu nada seria ou conseguiria.

À **Deus**, minha eterna gratidão por me sustentar, guiar e acolher em cada passo da jornada, até o dia em que eu transcenda esta existência.

À **minha família**, em especial à minha mãe, **Antônia**, pelo amor incondicional e pela constante dedicação à minha formação e bem-estar. Ao meu **Pai**, por me ensinar o valor da educação como instrumento de transformação. À família do coração, pelo apoio e vínculo fraterno, em especial a **Thais e Emerson**, por serem o meu porto seguro. A **Flavio Costa**, pela compreensão e cuidado em parte deste percurso.

À **Prof^a. Dr^a. Luciana Puchalski Kalinke**, pela orientação e parceria que se estende desde a graduação, conduzindo com sensibilidade e firmeza os meus primeiros passos na pesquisa, incentivando-me a explorar com profundidade e ética o universo científico. Agradeço por sua liderança inspiradora, por acreditar na relevância desta temática e por contribuir de forma essencial na construção desta tese. Sua presença constante ao longo da minha trajetória acadêmica e pessoal representa não apenas um farol de conhecimento, mas também um exemplo de humanidade, profissionalismo e compromisso com a formação de pesquisadores. Sinto-me honrado por tê-la como orientadora e por todo o aprendizado.

Aos professores que aceitaram participar da banca, seja na fase da qualificação ou defesa,

Profa. Dra. Ana Isabel Fernandes Querido e Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta.

Especialmente: **Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani**, pelos ensinamentos desde a graduação, grupo de pesquisa e pós, pelo sorriso acolhedor e por sempre enxergar a importância das nossas pesquisas; **Profa. Dra. Ruth Tereza Natália Turrini**, pelo acolhimento, disponibilidade e apontamentos significativos no refinamento deste estudo; e

Prof. Dr. Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães, pelas valiosas contribuições para descomplicar a estatística.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, pela oportunidade de aprendizado e crescimento. Em especial aos **professores e equipe, Angelita** (pelas primeiras gotas de florais) e **Cinthia** (sempre disponível e muito precisa nas orientações).

Ao **Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA)**, onde tudo começou desde a graduação até o doutorado, pelo aprendizado e crescimento. Aos “QualiOncoLovers” pelas importantes discussões sobre Qualidade de Vida em Oncologia, Amanda, Angela, Celina, Cristiano, Francisco, Larissa, Luciana Nogueira, Natalia e Raquel.

Ao meu irmão de coração, **Alberto Perrin**, por tantos momentos vividos, por tantas risadas, tantos desabafos, tanto apoio e conselhos em tantos anos de caminhada.

À **Solzinha**, por tantos “lambeijos”, pela sua presença significativa em tantos momentos desta pesquisa, por tanta felicidade e amor, que partiu antes da finalização da tese, levo suas patinhas do meu coração.

E por fim, a todos que compartilhamos parte da jornada, mas não foram aqui nominados e a mim, por sempre seguir em frente mesmo diante das dificuldades no transcurso da vida.

“O dia em que você perde a esperança é o dia em que você começa a morrer. Eu não estou pronta para desistir da minha esperança ainda. Eu sinto que isso é algo que nenhuma doença, nenhuma pessoa, nada pode tirar de mim. E eu sinto que, enquanto eu tiver esperança, ainda há um propósito para mim, não importa o que aconteça.”

Relato de uma Pessoa na jornada do câncer avançado

Amanda Ginter (2020)

“Quem sabe o que esperar, pode suportar quase qualquer coisa”

Adaptações de **Nietzsche** e **Viktor Frankl**

RESUMO

Objetivos: avaliar o efeito da Terapia Floral de Bach na esperança e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com câncer avançado. **Método:** estudo clínico, triplo cego, randomizado (1:1) e controlado por placebo. Desenvolvido no ambulatório de Oncologia de um hospital público de alta complexidade da região sul do Brasil, no período de outubro de 2022 a fevereiro de 2024 e avaliação de seguimento até junho de 2024. Foram recrutados 126 participantes com câncer avançado (estágio IV) em tratamento paliativo habitual, após 26 recusas, 99 foram incluídos e randomizados em dois grupos. No grupo floral, os participantes utilizaram uma solução hidro-brandy (21 mL de água mineral + 9 mL de *brandy*), com adição de 2 gotas de cada floral de Bach para formulação do protocolo de pesquisa. O grupo placebo, fez uso da solução hidro-brandy sem adição dos florais. Ambos utilizaram a solução via oral, 4 gotas, 4 vezes ao dia durante 120 dias. Os desfechos foram avaliados na inclusão (T_0) e seguimento mensal (T_1 a T_4), o primário foi Índice de Esperança de Herth (HHI) e o secundário mensurou a qualidade de vida relacionada à saúde, pelo *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care* (FACIT-Pal). **Resultados:** 72,7% foram mulheres, com média de idade de $57,2 \pm 12,3$ anos, predomínio de câncer de mama e múltiplas metástases. No grupo floral ($n = 50$) a média de esperança na inclusão foi 43,44 e final de 44,53/48, no placebo ($n = 49$) foi 41,67 e 44,29/48; apesar do aumento significativo a esperança ao longo do tempo ($p=0,024$), não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,977$). Em relação à qualidade de vida, evidência no bem-estar social ($p=0,022$) e nas preocupações adicionais, que é o domínio paliativo ($p=0,049$) em relação ao grupo. Não houve significância estatística baseada no modelo de análise aplicado em nenhum dos domínios (físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais) ou escalas de qualidade de vida (geral, índice de resultado e escore total) em relação ao tempo e grupo *versus* tempo. **Conclusão:** os participantes de ambos os grupos apresentaram discreto aumento nos escores de esperança e qualidade de vida, sem diferença estatística significativa quanto à intervenção. As contribuições do estudo ressaltam a importância da esperança no processo saúde-doença-cuidado, que poderá direcionar futuras pesquisas com diferentes formulações de florais para outros desfechos psicoemocionais nesta população. **Registro Brasileiro de Ensaio Clínico:** RBR-8q6z6kq.

Palavras-chave: metástase neoplásica; qualidade de vida; esperança; terapia floral; cuidados paliativos integrativos; enfermagem oncológica.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the effect of Bach Flower Therapy on hope and health-related quality of life in people with advanced cancer. **Method:** Triple-blind, randomized (1:1), placebo-controlled clinical trial. Conducted at the Oncology outpatient clinic of a high-complexity public hospital in southern Brazil from October 2022 to February 2024, with follow-up evaluation through June 2024. A total of 126 participants with advanced cancer (stage IV) receiving standard palliative care were recruited; after 26 refusals, 99 were included and randomized into two groups. In the floral group, participants received a hydro-brandy solution (21 mL of mineral water + 9 mL of brandy), with the addition of 2 drops of each Bach flower remedy as per the study protocol. The placebo group received the same hydro-brandy solution without the flower essences. Both groups used the solution orally, 4 drops, 4 times a day for 120 days. Outcomes were assessed at baseline (T0) and monthly follow-ups (T1 to T4). The primary outcome was the Herth Hope Index (HHI), and the secondary outcome was health-related quality of life, measured by the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care (FACIT-Pal). **Results:** 72.7% were women, with a mean age of 57.2 ± 12.3 years, predominantly with breast cancer and multiple metastases. In the floral group ($n = 50$), the mean hope score at baseline was 43.44, and at the end was 44.53/48; in the placebo group ($n = 49$), it was 41.67 and 44.29/48. Despite a significant increase in hope over time ($p=0.024$), there was no significant difference between groups ($p=0.977$). Regarding quality of life, significant differences were found in social well-being ($p=0.022$) and in additional concerns (palliative domain) ($p=0.049$) in relation to the group. There was no statistical significance based on the applied analysis model in any of the domains (physical, social/family, emotional, functional, and palliative concerns) or in overall quality of life scores (general, outcome index, and total score) concerning time or group versus time. **Conclusion:** Participants in both groups showed a slight increase in hope and quality of life scores, with no statistically significant difference regarding the intervention. The study highlights the importance of hope in the health-illness-care process, which may guide future research with different floral formulations for other psycho-emotional outcomes in this population. **Brazilian Clinical Trials Registry:** RBR-8q6z6kq.

Key words: neoplasm metastasis; quality of life; hope; floral therapy; integrative palliative care; complementary therapies; oncology nursing.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el efecto de la Terapia Floral de Bach sobre la esperanza y la calidad de vida relacionada con la salud en personas con cáncer avanzado.

Método: Estudio clínico, triple ciego, aleatorizado (1:1) y controlado con placebo. Realizado en el ambulatorio de Oncología de un hospital público de alta complejidad del sur de Brasil, entre octubre de 2022 y febrero de 2024, con seguimiento hasta junio de 2024. Se reclutaron 126 participantes con cáncer avanzado (etapa IV) en tratamiento paliativo habitual; tras 26 rechazos, se incluyeron 99 y fueron aleatorizados en dos grupos. En el grupo floral, los participantes utilizaron una solución hidro-brandy (21 mL de agua mineral + 9 mL de brandy), con la adición de 2 gotas de cada flor de Bach conforme al protocolo del estudio. El grupo placebo usó la misma solución hidro-brandy sin la adición de los florales. Ambos grupos usaron la solución por vía oral, 4 gotas, 4 veces al día durante 120 días. Los desenlaces fueron evaluados en la inclusión (T0) y mensualmente (T1 a T4). El desenlace primario fue el Índice de Esperanza de Herth (HHI) y el secundario evaluó la calidad de vida relacionada con la salud, a través del Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care (FACIT-Pal). **Resultados:** El 72,7% eran mujeres, con una edad media de $57,2 \pm 12,3$ años, con predominio de cáncer de mama y metástasis múltiples. En el grupo floral ($n = 50$), la media de esperanza al inicio fue de 43,44 y al final de 44,53/48; en el placebo ($n = 49$), fue de 41,67 y 44,29/48. A pesar del aumento significativo de la esperanza a lo largo del tiempo ($p=0,024$), no hubo diferencia significativa entre los grupos ($p=0,977$). En cuanto a la calidad de vida, se observaron diferencias significativas en el bienestar social ($p=0,022$) y en las preocupaciones adicionales, que corresponden al dominio paliativo ($p=0,049$) en relación al grupo. No se encontró significancia estadística, según el modelo de análisis aplicado, en ninguno de los dominios (físico, social/familiar, emocional, funcional y preocupaciones adicionales), ni en las escalas de calidad de vida (general, índice de resultado y puntuación total) con respecto al tiempo o grupo versus tiempo. **Conclusión:** Los participantes de ambos grupos mostraron un leve aumento en los puntajes de esperanza y calidad de vida, sin diferencia estadísticamente significativa en relación con la intervención. Los hallazgos del estudio resaltan la importancia de la esperanza en el proceso salud-enfermedad-cuidado, lo cual puede orientar futuras investigaciones con diferentes formulaciones florales para otros desenlaces psicoemocionales en esta población. **Registro Brasileño de Ensayos Clínicos:** RBR-8q6z6kq.

Descriptors: metástasis de la neoplasia; calidad de vida; esperanza; terapia floral; cuidados paliativos integrativos; enfermería oncológica.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – ESFERAS E DIMENSÕES DA ESPERANÇA	37
FIGURA 2 – ESPERANÇA NO TRATAMENTO PALIATIVO	40
FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DE MASCARAMENTO	53
FIGURA 4 – FRASCOS, RÓTULOS E IDENTIFICAÇÃO	54
FIGURA 5 – FLUXOGRAMA E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	60
FIGURA 6 – FLUXOGRAMA DO ENSAIO CLÍNICO (CONSORT)	63
FIGURA 7 – AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS DO ESCORE E SUB ESCALAS DE ESPERANÇA (HHI). CURITIBA (PR), BRAZIL, 2025.	71
FIGURA 8 – AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS DOS DOMÍNIOS DE QVRS (FACIT-PAL). CURITIBA (PR), BRAZIL, 2025.	74
FIGURA 9 – AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS DO DOMÍNIO PALIATIVO, SUBESCALAS E ESCORE TOTAL DE QVRS. CURITIBA (PR), BRAZIL, 2025.	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS FLORAIS DE BACH E SUAS INDICAÇÕES	30
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS BASAIS DOS PARTICIPANTES NO GRUPO FLORAL (GF) E PLACEBO (GP). CURITIBA (PR), BRASIL, 2025.....	65
TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES NO GF E GP. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025.....	67
TABELA 3 – AUTOPERCEPÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DOS PARTICIPANTES. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025.	69
TABELA 4 – ANÁLISE DO DESFECHO PRIMÁRIO NA ESPERANÇA (HHI) E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025.	72
TABELA 5 – ANÁLISE DO DESFECHO SECUNDÁRIO NA QVRS (FACIT-PAL) E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025.	76
TABELA 6 – CORRELAÇÃO ENTRE O ESCORE DE ESPERANÇA (HHI) E QVRS (FACIT-PAL). CURITIBA (PR), BRASIL, 2025.	77
TABELA 7 – CORRELAÇÃO ENTRE O ESCORE DE ESPERANÇA (HHI) COM VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NOS DIFERENTES GRUPOS. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025.....	78
TABELA 8 – CORRELAÇÃO ENTRE O ESCORE TOTAL DE QVRS (FACIT-PAL) COM DOMÍNIOS E SUBESCALAS DO INSTRUMENTO NOS DIFERENTES GRUPOS. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025.	79

LISTA DE SIGLAS

ABFH	- Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas
APAC	- Autorização para Procedimento de Alta Complexidade
ASCO	- <i>American Society for Clinical Oncology</i>
CA	- Câncer Avançado
CDC	- <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
CONSORT	- <i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
CP	- Cuidados Paliativos
CPS	- Cuidados Paliativos e Suporte
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECOG	- <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i> /Desempenho funcional
ECR	- Ensaio Clínico Randomizado
EORTC	- <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
EWB	- <i>Emotional well-being</i> /Domínio bem-estar emocional
FACIT	- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy</i>
FACT-G	- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy - General</i>
FACIT-Pal	- <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care</i>
FWB	- <i>Functional well-being</i> /Bem-estar funcional
GF/GP	- Grupo Floral/Grupo Placebo
HHI	- <i>Herth Hope Index</i>
HHS	- <i>Herth Hope Scale</i>
IARC	- <i>International Agency for Research on Cancer</i>
ICC	- Índice de Comorbidade de Charlson
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
NCCIH	- <i>National Center for Complementary and Integrative Health</i>
NCCN	- <i>National Comprehensive Cancer Network</i>
OI	- Oncologia Integrativa
PalS	- <i>Palliative Care Subscale</i> /Domínio paliativo
PICS	- Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PVCA	- Pessoas que Vivem com Câncer Avançado
PWB	- <i>Physical well-being</i> /Domínio bem-estar físico
QV	- Qualidade de Vida
QVRS	- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
ReBEC	- Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
REDCap	<i>Research Electronic Data Capture</i>
SAM 16	- Ambulatório de Hematologia e Oncologia
SIO	- <i>Society for Integrative Oncology</i>
SPSS	- <i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
SWB	- <i>Social/family well-being</i> /Domínio bem-estar social
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFB	- Terapia Floral de Bach
TNF	- Terapias não-Farmacológica
TOI	- <i>Trial Outcome Index</i> / Índice de Resultado do Teste
TP	- Tratamento Paliativo
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
WHO/OMS	- <i>World Health Organization</i> / Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO DA PESQUISA.....	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 HIPÓTESES.....	19
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
4.1 Oncologia integrativa.....	20
4.2 Terapia Floral de Bach	26
4.3 Constructo da esperança no câncer.....	34
4.4 Câncer avançado e qualidade de vida	42
5 MÉTODO.....	49
5.1 Desenho do estudo	49
5.2 Local.....	49
5.3 Participantes.....	49
5.3.1 Critérios de inclusão	50
5.3.2 Critérios de exclusão	50
5.3.3 Critérios de descontinuidade	50
5.3.4 Amostragem	50
5.4 Randomização	51
5.5 Mascaramento.....	51
5.6 Intervenção.....	53
5.7 Desfechos	56
5.7.1 Desfecho primário e instrumento de coleta	56
5.7.2 Desfecho secundario e instrumento de coleta.....	57
5.7.3 Variáveis biosociodemográficas dos participantes	58
5.7.4 Variáveis clínicas e relacionadas ao tratamento	58
5.8 Coleta de dados	58
5.9 Análise dos dados	60
5.10 Aspectos éticos	62
6 RESULTADO	63
6.1 Caracterização biossociodemográfica.....	64
6.2 Caracterização clínica e terapêutica	66
6.3 Análises do desfecho na esperança.....	70
6.4 Análises do desfecho na QVRS	73
7 DISCUSSÃO	80
7.1 Caracterização biossociodemográfica.....	80
7.2 Caracterização clínica e terapêutica	83

7.3 Desfecho na esperança.....	88
7.4 Desfecho na QVRS	93
7.5 Limitações do estudo	96
7.6 Contribuições da pesquisa	97
8 CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	122
APÊNDICE 2 – CARACTERIZAÇÃO BIOSOCIODEMOGRÁFICA.....	126
APÊNDICE 3 – DADOS CLÍNICOS 1	131
APÊNDICE 4 – DADOS CLÍNICOS 2.....	135
APÊNDICE 5 – DIÁRIO DE PESQUISA CLÍNICA	136
APÊNDICE 6 – CONVITE	137
APÊNDICE 7 – RANDOMIZAÇÃO	138
ANEXO 1 – <i>HERTH HOPE INDEX</i> (HHI).....	141
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DE USO DO HHI	143
ANEXO 3 – <i>FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY - PALLIATIVE CARE</i> (FACIT-PAL)	144
ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DE USO DO FACIT-PAL	147
ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	149
ANEXO 6 – REGISTRO BRASILEIRO DE ENSAIOS CLÍNICOS.....	155

APRESENTAÇÃO

Para brevemente contextualizar minha jornada e entusiasmo por esta temática, convém partilhar um breve relato da minha caminhada. Atuar como enfermeiro ou docente não fazia parte do meu projeto de vida; após a formação técnica em contabilidade, atuei na área financeira e ingressei no curso de Administração. Foi em uma conversa ocasional com uma enfermeira de pediatria, durante um trajeto de transporte coletivo, que comecei a refletir sobre a relevância social dessa profissão para a humanidade — e isso mudou o rumo da minha vida.

Desde minha primeira atuação na enfermagem, sempre estive envolvido no cuidado de pacientes acometidos por doenças que modificavam significativamente o curso da vida, como enfermidades oncológicas, hematológicas e em cuidados paliativos. Eram frequentes as minhas inquietações sobre a esperança — especialmente daqueles que enfrentavam recaídas ou a progressão de uma doença que ameaçava a continuidade da vida. Ainda assim, percebia que muitos mantinham a esperança de *morrer vivendo*.

Segui, então, na missão de cuidar e ensinar. Nesse percurso, conheci incontáveis pessoas com suas belíssimas histórias de vida e finitude, que muito me ensinaram sobre o viver. Nessa caminhada, encontrei pessoas fantásticas que me ensinaram sobre o cuidado, me incentivaram nos primeiros passos na pesquisa e reforçaram a importância de olhar atentamente para a qualidade de vida.

Após um período de dor física refratária a diferentes tratamentos alopáticos, mesmo com certo ceticismo, fui apresentado a diversas terapias integrativas — entre elas, os Florais de Bach — que proporcionaram profundas transformações e acolhimento para questões emocionais, fato significativo no meu processo de cura. As inquietações já existentes foram potencializadas, motivando meu ingresso na especialização em Práticas Integrativas e Complementares, com olhar voltado às terapias de acolhimento emocional.

Assim, as inquietações sobre a esperança, aliadas às necessidades do cuidado emocional, encontraram nos Florais de Bach uma motivação para o desenvolvimento desta pesquisa. Embora utilize um método racional para abordar questões tão sensíveis, reafirma-se o sentido da minha existência e a busca por significado — ao tentar, minimamente, compreender a singularidade e subjetividade daqueles a quem cuido, ensino e aprendo.

1 INTRODUÇÃO

Globalmente o câncer é uma doença heterogênea com diferentes etiologias, resultados e histórias. Trata-se de um agravo com relevante morbimortalidade na saúde pública, com impacto significativo na vida das pessoas e macrossistemas. Está entre as três Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais incidentes e uma das principais causas de mortalidade prematura no mundo, as quais poderiam ser evitáveis ou curáveis (Frick *et al.*, 2023).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) apontaram 20 milhões de novos casos para o ano de 2022 e projetaram 35 milhões para 2050, um acréscimo de 77%. Globalmente, uma em cada cinco pessoas desenvolvem a doença, na proporção de 1:9 homens e 1:12 mulheres. Em 2022, foram registradas 9,7 milhões de mortes, ou seja, uma em cada seis e 53,3 milhões de sobreviventes em até cinco anos após o diagnóstico de câncer (Chen *et al.*, 2023; Ferlay *et al.*, 2024; WHO, 2024).

O Observatório Global de Câncer da IARC analisou dados abrangentes de 185 países e identificou uma crescente incidência e mortalidade da doença, respectivamente: pulmão (12,4% do total de novos casos e 18,7% do total de mortes), seguido de mama (11,6% e 6,9%), colorretal (9,6% e 9,3%), próstata (7,3% e 4,1%), estômago (4,9% e 6,8%) e fígado (4,4% do total de novos casos e 7,8% do total de mortes) (Ferlay *et al.*, 2024). Convém destacar que os cânceres de pulmão e mama são os mais incidentes e as principais causa de mortes em homens e mulheres, respectivamente.

Mesmo com elevada mortalidade, as neoplasias acrescentaram 0,6 anos à expectativa de vida, principalmente em países com rendimento elevado. No entanto, 90% das mortes ocorrem em países com maior densidade populacional, fato indicativo do risco consistente de morrer de câncer independente da região geográfica (GBD 2021, 2024).

Este aumento expressivo da mortalidade nas economias emergentes está relacionado ao estilo de vida, a pobreza, a crescente urbanização e o aumento da expectativa de vida (Deo; Sharma; Kumar, 2022). Além disso, esses países enfrentam desigualdades significativas na oferta de serviços oncológicos, 39% terão cobertura financiada pelos sistemas de saúde e apenas 29% dos países disponibilizarão

serviços adicionais de Cuidados Paliativos (CP), seja para pacientes com câncer ou demais agravos crônicos (WHO, 2024).

Neste cenário, é importante considerar a disparidade e a heterogeneidade do impacto da doença influenciada pela transição social e econômica. As taxas de incidência de câncer em homens e mulheres nos países com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) classificado como muito elevado são três vezes superiores aos demais, no entanto, países de baixa e média renda serão afetados pelo aumento da incidência global da doença nos próximos 50 anos (Deo; Sharma; Kumar, 2022). Nos países de baixo e médio rendimento, enquanto a proporção de incidência é inferior a 60%, eles são responsáveis por 70% das mortes globais (Ferlay *et al.*, 2024). Apesar do impacto macroeconômico calculável, existem as consequências até mensuráveis, embora com danos intangíveis.

No Brasil, foi identificada uma das maiores incidências de câncer da América do Sul, em 2022 ocorreram 627.193 casos novos e 278.835 mortes. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), para o triênio de 2023 a 2025 são estimados 704 mil casos novos, 483 mil, se excluídos os casos de pele não melanoma (INCA, 2022).

Neste período, o câncer de pele não melanoma representará 220 mil casos novos (31,3%) em ambos os sexos, seguidos de mama (73 mil), próstata (71 mil), cólon e reto (45 mil), pulmão (32 mil), estômago (21 mil) e do colo do útero (17 mil) (INCA, 2022).

Embora esteja prevista uma redução de 12% na taxa de mortes prematuras (30-69 anos) por câncer entre os homens, e de 4,6% entre as mulheres no país, o Brasil não atingirá a meta pactuada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Moreira *et al.*, 2023). Convém destacar os países de baixa e média renda, apresentam menor incidência e elevada mortalidade de câncer, especialmente em pessoas com menos de 65 anos (Cancela *et al.*, 2023).

A sobrevida do câncer melhora quando é detectado e tratado precocemente, com objetivo de retardar ou prevenir a progressão e letalidade. No entanto, cerca de 50% dos casos ainda são diagnosticados na fase avançada (Crosby *et al.*, 2022). No estudo observacional, realizado em um hospital de grande porte em Curitiba, identificou que 63,6% dos pacientes foram diagnosticados da fase avançada (Silva *et al.*, 2019b). Da mesma forma, na Escócia, o diagnóstico tardio ocorreu em 34% dos pacientes, maior fator de risco para câncer de pulmão, intestino, mama ou ovário e

próstata; idade acima de 85 anos triplica a probabilidade do diagnóstico tardio (Mills *et al.*, 2023).

No câncer avançado (CA) a doença é progressiva, estágio III ou IV, respectivamente, com recidiva local ou metastática e não responde à terapêutica curativa. No entanto, a terapia dirigida à doença continua a ser muito importante na redução do tumor, aliviar os sintomas e prolongar a sobrevida (Polacek *et al.*, 2023). Nessa fase, pacientes enfrentam decisões difíceis, aqueles com idade avançada e declínio da função física, optam pela manutenção da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e os mais jovens estão propensos a tratamentos mais agressivos para aumentar os anos de sobrevida (Shrestha *et al.*, 2019).

Uma diversidade de termos em diferentes combinações é encontrada para referir esses pacientes, seja “avançado”, “metastático”, “incurável”, “paliativo”, “terminal”, “recebendo tratamento sistêmico”, “viver com terapia que prolonga a vida”, “sobreviventes de câncer metastático”; entre outros (Kolsteren *et al.*, 2022). Essa multiplicidade de termos pode refletir diferentes perspectivas sobre o tratamento, prognóstico e abordagem de cuidados, além de gerar variações na comunicação e na compreensão da condição clínica.

Em respeito às histórias de vida e ao sofrimento vivenciado, as pessoas não deveriam ser classificadas de forma simplista; nesta tese, serão referidas como: “pessoas que vivem com câncer avançado” (PVCA) e “Câncer Avançado” (CA) quando se referir aos aspectos da doença (Carlson, 2023).

Durante e após o tratamento sistêmico, os pacientes com a doença localizada apresentam piora em todos os domínios da QVRS, já naqueles com doença avançada, foi identificado um pequeno declínio na QVRS. No entanto, antes do tratamento, esse grupo já apresentava pontuações mais baixas nos domínios físico, emocional, cognitivo e social, além de maior piora dos sintomas, sofrimento psicológico e menor satisfação com a vida, quando comparado aos pacientes com doença localizada (Lee *et al.*, 2023).

Durante a trajetória de tratamento do câncer muitas necessidades de cuidados não são atendidas, fato evidenciado por uma *umbrella review*. Em ordem decrescente, as deficiências de cuidados foram: aspectos psicológicos/emocionais, informacionais, interpessoais/intimidade, sociais, físicos, familiares, atividades de vida diária, espiritualidade, comunicação profissional-paciente e necessidades cognitivas (Paterson *et al.*, 2023). Além da toxicidade financeira e insuficiência dos sistemas de

saúde, faz-se necessário avaliar as diferentes necessidades complexas com instrumentos validados e fornecer cuidados integrados com uma equipe multidisciplinar nos diferentes níveis de atenção (Hart *et al.*, 2022).

Apesar das múltiplas necessidades de cuidados, o foco central é otimizar a QVRS, no entanto, seus determinantes ainda estão em contínua investigação, sejam elas relacionadas com o declínio físico, *performance* clínica, resposta inflamatória sistêmica e fatores biopsicossociais; ambas interferem na QVRS. Além de impactar na percepção do estado de saúde de pacientes e familiares, desencadeando uma carga emocional negativa devido a sentimentos de medo, incertezas, ansiedade, depressão, desamparo e desesperança (Bail *et al.*, 2018; Lauriola; Tomai, 2019).

Ainda assim, Kolsteren *et al.*, (2022) apontam que são escassos os estudos que examinam o impacto psicossocial do Tratamento Paliativo (TP). Um estudo de revisão abrangente (2000 a 2021) com diferentes estudos (n=141) apontou uma variedade de desfechos investigados na PVCA, com enfoque na QVRS (76%), no medo (46%) da doença ou morte, no sofrimento ou depressão (26%), na esperança (4%) apenas e menos ainda, na adaptação ou aspectos cognitivos, na incerteza, perda ou impacto social.

Embora a esperança possa ressurgir na vigência de novas opções terapêuticas que alteram o prognóstico, diferentes modalidades de TP sistêmicos (quimioterapia, hormônios e terapia direcionada), são utilizados de forma isolada ou combinados com os localizados (metastasectomia cirúrgica e radioterapia corporal estereotáxica); quando integrados desde o diagnóstico com a oferta de Cuidados Paliativos e Suporte (CPS), visam o controle de sintomas, apoio psicossocial, existencial e podem prolongar a sobrevivência com qualidade (Strang, 2022).

Entre a restrita visão dicotômica do curável e incurável, surge um estado intermediário, a esperança, esta que desempenha um papel crucial, está intrinsecamente associada ao sofrimento e enfrentamento; além de amenizar o estresse, promove o bem-estar físico, mental e espiritual (McClement; Max, 2008). Na progressão do CA, os insucessos terapêuticos resultam em crises existenciais que serão apoiadas pela esperança, trata-se de um mecanismo de enfrentamento que mantém a existência suportável, o sentido da vida, a resiliência e a QVRS (Nierop-Van Baalen *et al.*, 2020). Então a esperança precisa ser compreendida e considerada no planejamento de cuidados (Beng *et al.*, 2022).

Um estudo norte-americano mostrou que a esperança precisa ser considerada no planejamento de cuidados. Foram identificadas oito categorias prioritárias de esperança: QVRS; extensão da vida; estabilização do tumor; remissão temporária do câncer; sobrevida temporária até um evento ou realização específica; cura definitiva; controle não especificado sem relação com extensão da vida; remissão ou estabilização do tumor e desejo de cura. Porém os autores reconheceram que isso não é realista (Demartinl *et al.*, 2019).

A esperança reflete uma expectativa de resultado futuro, resiliência para superar adversidades e um desejo na busca de significados; em oposição à esperança, pode ser identificado o medo, a ansiedade, a depressão e a desesperança. Dentre os fatores inspiradores são apontadas as relações interpessoais e impactos negativos que podem ser causados pelas perdas. A esperança é um fator motivador na mudança e tomada de decisões, pode repercutir dilemas éticos tanto para pacientes quanto para os profissionais que visam a promoção da esperança de forma honesta e realista (Van den Heuvel, 2020).

Contextualmente, o termo esperança pode ter sua conotação variável em diferentes circunstâncias. Sob a ótica da oncologia, as pesquisas investigam seu efeito de resultado direto ou secundário. Os níveis de esperança são frequentemente multideterminados: características inatas, fatores ambientais, estados afetivos, doenças prévias ao câncer, fisiologicamente influenciado por imunomoduladores e neurotransmissores. Dado o potencial alvo terapêutico, investigar terapias que aumentam a esperança pode alterar os resultados terapêuticos em pacientes com câncer e contribuir na melhoria da QVRS (Corn; Feldman; Wexler, 2020)

Com objetivo de atender essas múltiplas necessidades de cuidados aos PVCA, diversos fatores impulsionam o crescimento dos serviços de Oncologia Integrativa (OI), seja por interesse dos pacientes, do impacto clínico positivo, dos pesquisadores que esclarecem evidências e dos profissionais que as implementam na prática clínica. Trata-se de uma proposta de cuidados que otimiza a gestão dos sintomas e melhora a QVRS, para mitigar os efeitos secundários ao tratamento convencional ou uso de terapias complementares (Semeniuk *et al.*, 2023).

Apesar do uso intercambiável, existe uma diferença de entendimento dos termos “complementar”, “alternativa” e “integrativa”, predominantemente, as pessoas que usam as abordagens não convencionais também fazem uso da alopatia. Quando alguma abordagem for utilizada de forma concomitante a convencional, é

complementar ou em substituição à convencional, considera-se alternativa. A transição de termos para saúde integrativa compreende as necessidades e valores de cada paciente, enfatiza as intervenções multimodais (convencionais e complementares) na obtenção de resultados de saúde (NCCIH, 2022).

A maior parte da população mundial (80%) usa alguma forma de medicina tradicional, complementar e integrativa, concomitante ao tratamento convencional, mesmo frente as diferenças entre os sistemas, a integração de ambas as abordagens pode ser benéfica. A Saúde Integrativa combina as diferentes abordagens com base em evidências de eficácia e segurança, adotando uma abordagem personalizada holística, focada na saúde. Apesar dos avanços nessa integração, a exemplos dos Estados Unidos, Brasil, Alemanha e Holanda, o cenário é lento e desafiador (Hoenders *et al.*, 2024).

Dentre diferentes abordagens integrativas de terapias não-farmacológicas (TNF), uma organização de pesquisa da França, as definem como “uma intervenção não invasiva e não farmacológica na saúde humana baseada na ciência”, que visam prevenir e minimizar as consequências dos diferentes agravos. Consiste em cinco categorias de intervenções: físicas, psicológicas, nutracêuticas, tecnológicas e elementares, que usam diferentes produtos, métodos e técnicas, com mecanismos de ação biológicas e/ou processos psicológicos, com impacto significativamente na saúde e QVRS (PLATEFORME CEPS, 2024).

Embora em todo o mundo seja evidente um rápido aumento do uso das TNF em pessoas com câncer, uma revisão sistemática analisou estudos (n=42) mistos e publicados em países europeus. Dentre os profissionais (n=100), enfermeiros apresentam maior aceitabilidade das terapias, os médicos são mais resistentes e preocupados com as interações entre medicamentos/fitoterapia, ambos são favoráveis à implantação de serviços de OI e apontam a necessidade de formação específica (Youn *et al.*, 2023).

Em pesquisas com amostra representativa da população brasileira adulta, estudos apontam a prevalência de uso das TNF (5,2% e 6,1%) nos últimos 12 meses, com predomínio de mulheres com condições crônicas, de meia idade, com depressão, maior escolaridade e poder econômico. Com a finalidade de promoção da saúde (*Tai chi/Lian gong/Qi gong, yoga, meditação e terapia comunitária*) ou práticas terapêuticas (acupuntura, acupressão auricular, fitoterápicos e homeopatia) (Boccolini *et al.*, 2022; Faisal-Cury; Rodrigues, 2022; Garcia-Cerde *et al.*, 2023).

No Brasil, as diferentes modalidades de TNF são regulamentadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2006, embora não sejam rotineiramente prescritas na atenção terciária e aos pacientes com câncer (Brasil, 2023). Apesar disso, ainda temos uma limitada quantidade de publicações com métodos robustos e revisões sistemáticas para produção e comprovação de evidências das diversas TNF, em diferentes populações, integradas na atenção terciária (Silva *et al.*, 2023).

Mesmo assim, grupos de pesquisadores brasileiros atuam de forma colaborativa para reunir e sintetizar mapas de evidências das diferentes TNF a fim de atender os desafios da saúde global. A exemplo do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS), do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn) e da Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS-MTCI), inclusive equipes de trabalho em Oncologia Integrativa (BVS-MTCI, 2024; CABSIN, 2024; OBSERVAPICS, 2024).

A Oncologia integrativa recomenda que as TNF sejam pesquisadas, as que forem seguras e eficazes sejam integradas ao tratamento convencional, embora, existem barreiras na formação dos profissionais, na produção de evidências seguras e implementação nos serviços (Mao *et al.*, 2022). Além das barreiras adicionais apontadas por Kwong *et al.* (2023) numa revisão sistemática de métodos mistos destaca a falta de conhecimento sobre OI, ausência de financiamento e a baixa receptividade pelos profissionais de saúde.

Dentre as 604 diferentes TNF classificadas por Ng *et al.* (2022) a Terapia Floral de Bach, Remédios ou Essências Florais de Bach foi identificada de diferentes nomenclaturas e idiomas. Ela foi desenvolvida na Inglaterra pelo médico homeopata Edward Bach (entre os anos de 1928 e 1935), reconhecida pela OMS (1956), por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) e disponível no SUS (2018) com respaldo do Conselho Federal de Enfermagem (1997) (Silva *et al.*, 2023).

Trata-se de essências florais que agem no equilíbrio emocional, psicológico, restauração da paz, harmonia e esperança. Cabe ressaltar que as essências florais não têm impacto direto sobre as reações bioquímicas corporais e não substituem ou interferem na ação dos medicamentos, pois não possuem princípios ativos de natureza material. Atuam em um campo de práticas sutis, energéticas e não invasivas

que podem auxiliar na reversão do padrão vibratório dos aspectos emocionais negativos (Araújo; Paes da Silva; Bastos, 2020; Bach, 1995; Barnard, 2021; Mantle, 1997).

A TFB apresenta resultados conspícuos, transforma redes sutis desarmônicas em processos de expansão da consciência, da perspectiva histórica até a dimensão da sua realidade, trata-se de um processo de introvisão para compreender o momento presente e a perspectiva futura, para o encontro de si mesmo de forma individualizada e sem as múltiplas interferências para seguir o próprio caminho. São transformações sutis e energéticas que evidenciam efeitos nos estados emocionais, que podem ser produzidas por alterações humorais e imunológicas para melhorar os processos orgânicos (Del Toro Añel *et al.*, 2014).

Diferentes estudos destacam os efeitos da TFB no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (Oliveira *et al.*, 2023); para condições que interferem no corpo e mente (Rocha *et al.*, 2022); redução do estresse e cortisol (Fedel; Gnatta; Turrini, 2023; Resende *et al.*, 2025); da ansiedade, compulsão alimentar, frequência cardíaca (Fusco *et al.*, 2021) e efeitos na saúde mental, insônia e gestão das emoções (Porcar-Castell; Esmel-Esmel, 2021).

No intuito de buscar evidências que a TFB possa melhorar a esperança e auxiliar na QVRS de PVCA, o presente estudo no contexto profissional e social se justifica pela necessidade de intervenções com enfoque na Oncologia Integrativa. Assim, identificar a esperança como um recurso vital e recomendar intervenções para otimizá-la, aumenta a capacidade de enfrentar tempos de sofrimento e incertezas. Um nível elevado de esperança pode evidenciar um fator preditivo de melhor QVRS em relação à trajetória da doença, ao tratamento e à capacidade de vida diária, que precisa ser compreendida e fomentada nestes pacientes.

Diante do exposto, emerge a **questão tese** desta pesquisa: ***A Terapia Floral de Bach poderá melhorar a esperança e a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com câncer avançado?***

2 OBJETIVO DA PESQUISA

2.1 Objetivo geral

Analisar o efeito da Terapia Floral de Bach sobre a esperança e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a autopercepção diagnóstica e terapêutica dos pacientes com câncer avançado em tratamento paliativo.
- Avaliar os escores de esperança e de qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado, antes, durante e após a intervenção, nos grupos controle e experimental.
- Identificar se a Terapia com Floral de Bach altera o escore de esperança e de qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com câncer avançado.
- Analisar a correlação entre os escores de esperança e os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde nos dois grupos avaliados.

3 HIPÓTESES

H0 Não haverá diferença no escore de esperança ou na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com câncer avançado que utilizaram a terapia de Florais de Bach alocados no grupo intervenção comparado ao grupo controle.

H1 Os pacientes com câncer avançado que utilizaram a terapia de Florais de Bach apresentarão alguma diferença significativa positiva no escore de esperança e melhor qualidade de vida relacionada à saúde quando comparados ao grupo controle.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A presente pesquisa fundamenta-se em uma abordagem teórica que integra conceitos da oncologia integrativa, floral de Bach, esperança e QVRS no contexto do câncer avançado. Inicialmente, discute-se a **oncologia integrativa**, que engloba aspectos conceituais, breve síntese de evidências e as principais recomendações para pessoas em tratamento oncológico. Em seguida, explora-se a **terapia floral de Bach**, com enfoque na plausibilidade biológica, indicações, mecanismos de ação, síntese das evidências e respectivos desfechos já pesquisados. No terceiro eixo, aborda-se a **esperança como constructo aplicado ao câncer**, considerando sua multidimensionalidade e impacto no enfrentamento da doença. Por fim, discute-se os aspectos terapêuticos do tratamento paliativo no **câncer avançado e seu impacto na QVRS**, destacando os conceitos, principais alterações e suas inter-relações.

4.1 Oncologia integrativa

Embora as primeiras descrições incipientes relacionadas à temática ocorreram em décadas passadas, ainda persiste a falta de consistência terminológica das diferentes terapias, sejam elas alternativas (1975), complementares (1984) e integrativas (1995), ou coexiste a ideia do “não convencional” (1980) e “convencional”. Esta última também denominada de “biomedicina”, que consiste na medicina moderna ou alopática, baseada nos princípios da fisiologia e da bioquímica, é o sistema dominante de prática e ensino de saúde do século XIX em diante, na maioria dos países ocidentais. As TNF são datadas antes da farmacologia moderna (1813) e algumas já eram utilizadas pelos povos originários (Hoenders *et al.*, 2024; Ng *et al.*, 2023).

Uma revisão colaborativa, Cochrane propôs uma definição padronizada, reproduzível e sistemática, embora seja relevante esclarecer o contraste de uma definição teórica (natureza fundamental de um construto que pode ter muitas definições operacionais diferentes). Uma definição operacional, comprova se uma instância específica é ou não membro do constructo através de uma série de critérios ou testes (Wieland; Manheimer; Berman, 2011).

Tal definição operacional foi atualizada por Ng *et al.* (2022), embora os conceitos sejam intercambiáveis, dependem do período histórico, da localização

geográfica e sistemas de saúde. Dentre as definições, frequentemente utilizadas: tradicionais (saberes e práticas ancestrais de diferentes culturas anteriores às convencionais), complementares (práticas não tradicionais utilizadas com a terapia convencional, embora não integradas no sistema de saúde), alternativa (prática usada em substituição às convencionais) e integrativas com vistas à “saúde integrativa” (abordagem concomitante de terapias convencionais e complementares de forma coordenada) (Ng *et al.*, 2023).

Nesta atualização operacional, síntese de uma revisão abrangente de 101 recursos elegíveis que resultou em 604 “tipos” de terapias alternativas, complementares e integrativas. Além de ficar evidente que não apenas as TNF aumentaram expressivamente, como a popularidade delas estão sendo difundidas globalmente. Elas são reconhecidas por 88% dos 170 países participantes da OMS, com prevalência variável no ocidente, 80% no Canadá, entre 0,3% e 86% na Europa (Ng *et al.*, 2022).

Essa diversidade de TNF resulta na mesma proporção em desafios na pesquisa, falta de financiamento ou patrocínio pela indústria farmacêutica devido às inviabilidades de patentes; demandam metodologias apropriadas para investigar intervenções tão complexas e multidimensionais, nem sempre de fácil comprovação com métodos das pesquisas biomédicas, além das limitações de cegamento ou controle por placebo, e ainda, falta de apoio institucional, treinamento e colaboração em pesquisa, e visões diversas de evidências (Hoenders *et al.*, 2024).

Frente as inúmeras dificuldades, as estratégias (2014-2023) da OMS recomendam que sejam implementados os cuidados tradicionais, complementares e integrativos para cobertura universal de saúde nas políticas públicas; pautadas na garantia de qualidade, segurança, uso adequado e eficácia; visa a promoção da cobertura universal de saúde integrativa na prestação de serviços e autocuidado para atender integralmente às necessidades biopsicossociais e espirituais. Tais estratégias devem ser reformuladas e definido um novo plano de ação global em saúde integrativa, tendo em vista as mudanças, o progresso e as lições aprendidas ao longo da última década (Hoenders *et al.*, 2024; Von Schoen-Angerer *et al.*, 2023).

Mesmo com os avanços e pactuações globais em saúde, muitos pacientes com câncer recorrem às TNF para amenizar uma miríade de necessidades físicas, emocionais e espirituais não atendidas, particularmente nos países de baixa e média renda, mesmo quando a OI fornece uma definição clara destas terapias, com

oportunidade de tornar os cuidados mais econômicos, acessíveis e equitativos. Embora a OI possa ser parte da solução para enfrentar os desafios globais do câncer, sejam atuais ou futuros, com o desenvolvimento de investigações rigorosas, formação integrativa, cuidados clínicos de alta qualidade e políticas inclusivas (Mao *et al.*, 2022).

Quase metade dos pacientes com câncer fazem uso de diferentes TNF, concomitante ao tratamento convencional. Em um futuro não muito distante, em muitos serviços já é uma realidade premente, a oferta de CPS considera a coexistência de tratamentos convencionais e complementares, a combinação de ambos resulta na Oncologia Integrativa (OI) e deve ser ofertada no *continuum* de cuidados do câncer para melhor a QVRS e sobrevivência. Fato que demanda novas habilidades entre os cuidadores, formação específica e estudos adaptados (Gowin *et al.*, 2024; Theunissen; Bagot, 2024).

Diversas subespecialidades estudam as múltiplas dimensões da pessoa com câncer, a exemplo da Psico-Oncologia ou Oncologia Psicossocial que desde meados de 1970 busca compreender a interseção dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e comportamentais da experiência do câncer; desde a exposição de risco até o luto. Trata-se de uma tarefa complexa e infinitamente desafiadora, mesmo assim, profissionais e pesquisadores devem estar engajados em ajudar essas pessoas a viverem as suas melhores vidas, mesmo em face do câncer (Carlson, 2023).

Igualmente a OI que devido ao crescimento expansivo nas últimas duas décadas, ao interesse e a utilização dos pacientes, as investigações clínicas que comprovam evidência, foi incorporada nas diretrizes do *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) e da *American Society for Clinical Oncology* (ASCO) (Semeniuk *et al.*, 2023). Nesta intersecção, a Enfermagem Integrativa se destaca nesta janela de oportunidades para fornecer suporte não farmacológico integrado aos tratamentos convencionais de cuidados oncológicos centrado na pessoa com câncer (Raiber *et al.*, 2024).

A OI é definida pela *Society for Integrative Oncology* (SIO) como “[...] um campo de tratamento do câncer centrado no paciente e baseado em evidências que utiliza práticas mentais e corporais, produtos naturais e/ou modificações de estilo de vida de diferentes tradições, junto com tratamentos convencionais” (Witt *et al.*, 2017). Então, ela deve ser disponibilizada por uma equipe multiprofissional de saúde, os quais devem ter um determinado conjunto de competências e proporcionar o acesso

a cuidados oncológicos seguros, eficazes, baseados em evidências e culturalmente sensíveis (Mao *et al.*, 2022; Witt *et al.*, 2020).

Portanto, há sobreposição entre as abordagens da Oncologia Psicossocial e Integrativa, já que a OI utiliza diferentes TNF que “[...] visa a otimizar saúde, a qualidade de vida e resultados clínicos em toda a continuidade do tratamento do câncer e capacitar pessoas... a e se tornarem participantes ativos antes, durante e após o tratamento do câncer” (Witt *et al.*, 2017; Carlson, 2023). A OI pode servir de ponte entre os dois modelos de abordagens, convencionais e integrativas, para ajudar tanto os pacientes como os profissionais a encontrarem soluções para navegar entre os dois sistemas (Semeniuk *et al.*, 2023).

Convém destacar que existe uma sobreposição de termos que descreve as abordagens de cuidado holístico e integrativo, os quais podem influenciar nossa imagem e representação social. A Enfermagem holística define uma especialidade de prática disciplinar que compreende o cuidado da mente-corpo-espírito de forma interdependente e a integrativa refere-se à prática que inclui duas ou mais disciplinas ou paradigmas de cuidado, é uma maneira de ser-saber-fazer que promove a saúde e o bem-estar das pessoas, famílias e comunidades. No entanto, os princípios, valores e objetivos de ambos os conceitos são bastante semelhantes e muito próximos do conceito de saúde integrativa (Frisch; Rabinowitsch, 2019).

A saúde integrativa é cada vez mais difundida no Ocidente, enfatiza as intervenções multimodais no cuidado do câncer e “[...] concentra-se na pessoa como um todo, é informada por evidências e faz uso de todas as abordagens terapêuticas e de estilo de vida apropriados, profissionais de saúde e disciplinas para alcançar saúde e cura ideais”. Combina tratamentos convencionais, complementares psicoterapia, mudanças de estilo de vida e reabilitação física, com ênfase no tratamento integral e holístico do indivíduo, e não como uma “alternativa” (NCCIH, 2022).

Vale resgatar que a definição da prática baseada em evidência é fundamenta na tríade: uso consciente das melhores evidências, expertise profissional e levar em consideração as preferências e necessidades dos pacientes. No entanto, a última é frequentemente negligenciada, dado o declínio na quantidade e qualidade do relacionamento terapêutico, muitas vezes limitada a protocolos, medicamentos e procedimentos, rápido resultado, tendência ao reducionismo, olhar limitado a doenças ou sintomas, sem a visão integral da pessoa e seu contexto (Hoenders *et al.*, 2024).

Então, os benefícios do apoio oncológico integrativo estão em contínua busca de evidências para comprovação de resultados na gestão dos sintomas, mitigação dos efeitos secundários e na melhoria da QVRS; dada a complexidade dos cuidados e tratamentos do câncer, é urgente a necessidade de prestadores de serviços, bem como, os profissionais tenham conhecimento e habilidades para reconhecer os benefícios das TNF e os centros oncológicos as oportunizem no plano de cuidados (Semeniuk *et al.*, 2023).

As recentes diretrizes da ASCO e SIO, apresentam recomendações consistentes para gerenciamento da fadiga relacionada ao do câncer, estresse, ansiedade e depressão, baseado na terapia cognitiva, atenção plena, *Tai Chi* ou *Qigong*, *yoga*, hipnose, terapias de relaxamento, musicoterapia, reflexologia, acupuntura e óleos essenciais. Já existem evidências da cannabis ou canabinoides como tratamento emetogênico refratário (Gowin *et al.*, 2024).

Tais dados são corroborados por uma revisão abrangente de múltiplos estudos (n=33, dentre sendo 21 revisões sistemáticas e quatro *guidelines*) que resumiu sistematicamente as melhores evidências sobre intervenções de Enfermagem em CPS. Elevado nível de evidência e recomendação da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), acupuntura, auricular, moxabustão, acupressão, musicoterapia, exercícios tradicionais e aromaterapia, para melhorar a QVRS em PVCA (Yang *et al.*, 2025).

Uma revisão sistemática sintetizou estudos (n=40) de 14 países e evidenciou uma prevalência variável de uso das TNF, de 24 a 71,3%, dentre os diferentes produtos e/ou profissionais/terapias (Lee *et al.*, 2022a). No Brasil, mesmo com a expansão das terapias no sistema público de saúde, um estudo transversal não identificou uso maior que 6,1% entre os participantes (n=64.194) (Garcia-Cerde *et al.*, 2023).

Dentre as características de uso das TNF em adultos brasileiros, maior prevalência para plantas (3,0%) e fitoterápicos por pessoas com baixa condição econômica; acupuntura (1,4 %), homeopatia (0,9%), meditação (0,7%) e *Yoga* (0,4%) em pessoas com nível socioeconômico elevado. Predominantemente em mulheres, com idade > 40 anos, maior escolaridade, residentes nas regiões norte e sul do país (p=< 0,001). Quase metade dos participantes custearam as terapias com recursos próprios, seguidos dos sistemas privados e menor custeio pelo SUS (Boccolini; Siqueira, 2020; Boccolini *et al.*, 2022; Garcia-Cerde *et al.*, 2023).

Em pacientes com câncer as estimativas de prevalência do uso das TNF são discrepantes, 93,4% na China e 16,5% na Itália (Ashrafizadeh; Rassouli, 2024). Em seis capitais da Colômbia, foi de 51,7% em diferentes centros de oncologia (Murillo *et al.*, 2023). No Brasil, indisponíveis dados abrangentes, no entanto, Gurgel *et al.* (2019) apontam a prevalência de uso das terapias por 77,1% dos pacientes (n=70) do ambulatório de quimioterapia em um hospital universitário da capital mineira.

Apesar das distintas e dicotômicas medidas de prevalências, bem como, da crescente popularidade na Oncologia, uma revisão sistemática de 30 estudos (n = 8.721 participantes) destacou a fragilidade da comunicação sobre o uso de TNF. Ficou evidente que a não divulgação é motivada pela divergência nas crenças dos pacientes e a dos profissionais, características demográficas, progressão da doença, relacionamento entre ambos e não questionamento do profissional sobre uso, tal obscuridade cria uma lacuna na qualidade dos cuidados (Akeeb *et al.*, 2022).

Diante desse cenário de comunicação limitada e lacunas no cuidado, torna-se cada vez mais necessário repensar abordagens que ampliem a visão do cuidado oncológico, como propõe a Saúde Integrativa.

Em decorrência da transição epidemiológica e transformações globais no processo saúde-doença-cuidado, a Oncologia busca transpor as incontáveis dificuldades em direção a Saúde Integrativa, principalmente na translação do conhecimento, formulação de evidências e implementação das TNF nos ambientes de cuidados; mesmo com diferentes terapias já incorporadas pelo sistema de saúde e respaldadas por legislações brasileiras (Silva *et al.*, 2023).

No Brasil, as TNF são descritas como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e estão integradas na política nacional (Portaria nº 971 de 2006) do SUS desde 2006 e o Conselho Federal de Enfermagem (Resolução 197/1997, revogada pela nº 581 de 2018) reconhece e autoriza a especialidade, bem como o desenvolvimento de pesquisas; desde então, existe uma crescente nas publicações e são empreendidos esforços na oferta programática a população brasileira (Garcia-Cerde *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023).

Apesar do reconhecimento das PICS por uma política de saúde, ainda é relativamente jovem, subfinanciada e enfrenta desafios, que transitam do desconhecimento ao preconceito, mesmo assim, é uma prática em expansão no SUS que busca se consolidar como uma mudança do modelo de cuidado e ruptura com a

medicalização excessiva, a partir de TNF resolutivas e custo-efetivas (Toma *et al.*, 2021).

Adicionalmente, existe o Consórcio Acadêmico Brasileiro em Saúde Integrativa (CABSIn) que atua em uma rede de colaborativa de pesquisadores engajados no desenvolvimento científico na área de Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI); e que integra a *International Society of Traditional, Complementary and Integrative Research* (ISCMR) na síntese de evidências em de MTCI/PICS em cooperação técnica com a OPAS. O CABSIn investiga diferentes abordagens de saúde integrativa, complementares, produtos naturais regulamentados e TNF centradas na pessoa e baseadas em evidências (CABSIN, 2024).

O CABSIn conjuntamente com instituições parceiras nacionais e internacionais, visa divulgar e tornar mais acessível a sistematização e mapas de evidências clínicas das MTCI/PICS baseados em revisões sistemáticas de estudos clínicos. Está em processo de implementação um Observatório Brasileiro de Oncologia Integrativa, com a participação de diferentes entidades de pesquisa sobre a temática (CABSIN, 2024).

Um dos mapas de desfechos clínicos da (BVS-MTCI, 2024) apresenta uma visão geral de 28 intervenções para o câncer de útero (fitoterapia, TNF e suplementos), composto por 26 revisões (18 sistemáticas e oito metanálise). Sintetizadas em 33 desfechos em saúde mental; curso da doença; sintomas relacionados ao câncer; indicadores metabólicos e fisiológicos; bem-estar, vitalidade e QVRS. Ainda não foi desenvolvido um mapa de evidências em terapia floral.

4.2 Terapia Floral de Bach

Dentre as 604 diferentes TNF existentes, os Remédios, Essências ou Terapia Floral de Bach (TFB), foram desenvolvidas na Inglaterra entre os anos de 1928 e 1935, pelo médico homeopata Edward Bach (Ng *et al.*, 2022). Apesar de utilizada em muitos países, ainda são limitadas às publicações para validar seus efeitos, mesmo com a existência de estudos clínicos envolvendo animais e seres humanos; são escassos os estudos de análises físico-químicas (Lima; Júnior; Oliveira, 2023).

No preparo dos medicamentos alopáticos, diferentes processos serão utilizados para extrair a liberação ou potencializar os fitoquímicos bioativos, seja para

produção de um efeito ou reduzir a sua toxicidade. A homeopatia é proveniente de plantas, animais ou minerais, produzida pelo processo de agitação intensa (sucussão) das soluções ultradiluídas em água, conservadas em etanol (tintura-mãe). Diferente da TFB que são utilizados somente plantas e água sem o processo de sucussão, a solução ultradiluída é potencializada e conservada em hidroetanol (essência-mãe) (Halberstein; Sirkin; Ojeda-Vaz, 2010; Berghian-Grosan *et al.*, 2024).

Cabe ressaltar a diferença das soluções ultradiluídas com efeito hormético (abaixo do limiar tóxico) e homeopático (pode até estar além da existência física), é notória a existência de lacunas no conhecimento e a emergente necessidade de pesquisas para testes de eficácia (Ullman, 2021).

A TFB pode ser preparada de duas maneiras: o método solar (flores frescas são colocadas em água de nascente e expostas por algumas horas ao sol, a ação dos raios solares energiza as plantas) ou o método da fervura (árvores, arbustos e galhos são fervidos por 30 minutos), em ambos os métodos, obtém-se a essência-mãe que é misturada em uma proporção de conhaque que atua como conservante (Bach, 1995; Halberstein; Sirkin; Ojeda-Vaz, 2010; Barnard, 2021). Essa preparação diluída é isenta de princípios químicos ou efeito colateral fisiológico, biológico, orgânico e toxicidade cumulativa (Barnard, 2021).

Os mecanismos de ação da TFB não são bem compreendidos. As plantas estariam associadas às representações sistêmicas de diferentes fases do indivíduo: raiz (terra) representa o passado, a família e o desenvolvimento; caule (água) representa o estado emocional; as folhas (ar) faz uma analogia aos processos mentais que se alteram sazonalmente; a flor (fogo) tem relação com o potencial de transformação, mudança e o futuro do indivíduo (Barnard, 2021).

Na teoria de Bach, os florais agem por vibração, a água é o meio usado para transportar a ressonância ou mensagem das flores e afetam vários campos da energia humana para catalisar estados emocionais negativos (Bach, 1995; Barnard, 2021). No preparo dos florais, transferem-se as propriedades eletromagnéticas de cada flor, essa frequência vibracional ou de ressonância, supostamente reestrutura a cadeia de hidrogênio da solução. Essas informações bioenergéticas interagem com os seres humanos e altera seu estado emocional atual para uma disposição mais positiva (Barnard, 2021).

A TFB é ancorada na perspectiva que integra os elementos corpo e espírito, uma vez que os processos de cura, também são relacionados aos esforços mentais.

A divisão cartesiana entre o corpo e a mente é essencialmente integrada, a dimensão emocional altera o estado físico por meio da sua ação na neuropsicoimunologia (sistema nervoso central, endócrino e imunológico). As emoções alteram o campo biológico, quando de forma positiva resultam em saúde e quando de forma negativa em doenças (Araújo; Paes da Silva; Bastos, 2020; Barnard, 2021).

Este modo de ação ou poder de cura não depende de mecanismos moleculares ou farmacológicos, mas da sutil “energia” que é transmitida das flores (Pintov *et al.*, 2005). As propriedades bioenergéticas da TFB interagem com as pessoas e exercem um efeito positivo no campo energético humano, corrigindo os desequilíbrios emocionais, psicológicos, restauração da paz, da harmonia e da esperança (Barnard, 2021; Halberstein; Sirkin; Ojeda-Vaz, 2010).

Outra hipótese é fundamentada na teoria quântica, as informações seriam armazenadas como frequências eletromagnéticas, independentemente da presença da substância originária, a informação é transmitida da essência-mãe de diluição em diluição (Tournier *et al.*, 2020). A transmissão energética das informações contida nos florais acontece de forma ondulatória para a complexidade dos sistemas vivos, isso é revertido em respostas neuropsicoimunológicas, modulando a forma de pensamento, sentimento e ação (Guerrini; Domene, 2020).

Como não há evidências de que contenha substâncias vegetais na TFB para explicar seu efeito terapêutico, de maneira similar, se aproximam do modelo de ação da homeopatia: nanopartículas modulam a função biológica e sua resposta ao estresse (Bell; Ives; Jonas, 2014; Fusco *et al.*, 2021). Esses minúsculos substratos físicos do material potencializado podem estar presentes na TFB, em contato com fluidos biológicos (plasma sanguíneo) geram processos adaptativos que melhoram a saúde por meio da auto reorganização (Bell, 2020).

Análises de rastreamento confirmaram a presença de nanopartículas na homeopatia, embora ainda de natureza desconhecida, provavelmente associada a uma mistura de bolhas submicroscópicas, elementos do vidro, da atmosfera, material insolúvel e carbonatos. Os quais parecem depender da matéria prima, do recipiente e do método de produção (Van Wassenhoven *et al.*, 2024)

No entanto, a síntese de uma extensa revisão sistemática de 11 áreas experimentais atribuiu pontuações, baseada em critérios dos métodos comprobatórios, não foi reportado evidências consistentes na publicação para a

hipótese das nanopartículas, a dinâmica de agrupamento de água e a teoria quântica ainda são concorrentes e precisam de mais experimentos (Tournier *et al.*, 2020).

Os autores da revisão ainda destacam que os métodos mais robustos para pesquisas com soluções ultra diluídas seriam a ressonância magnética nuclear (presença de nanoestruturas supramoleculares), espectroscopia (absorção de ultravioleta) e impedância elétrica (excesso de condutividade nas soluções) (Tournier *et al.*, 2020). Recentemente foram reportados novos métodos, a microscopia eletrônica de transmissão e os algoritmos de espectroscopia Raman, podem permitir análises das soluções diluídas em uma escala muito maior do que era possível nas pesquisas anteriores (Berghian-Grosan *et al.*, 2024).

Uma pesquisa brasileira analisou as 38 essências de TFB, os autores identificaram alterações de pH e condutividade elétrica, sem alterações na espectrofotometria ou possibilidade de esclarecer a existência de princípios ativos nas soluções, e ainda, levantam a hipótese da retenção da informação pela água (Lima; Júnior; Oliveira, 2023). A hipótese de que a água pode “lembrar” substâncias com as quais entrou em contato, mesmo após muitas diluições persiste controversa (Berghian-Grosan *et al.*, 2024).

A comprovação da presença de substâncias vegetais ou fitoquímicos ativos para explicar seus efeitos terapêuticos não é clara, mesmo assim, a TFB é utilizada com objetivo de promover alguma resposta satisfatória de bem-estar, dada inexistência de um único sistema de tratamento ideal (Oliveira *et al.*, 2023).

São 38 preparações de florais com propriedades terapêuticas para os estados emocionais em desequilíbrio (Quadro 1). Bach acreditava que “[...] um estado emocional positivo, conduz à restauração de um equilíbrio saudável e age para catalisar os próprios recursos internos do indivíduo para manter o equilíbrio”.

Podem ser indicados para condições clínicas, psicológicas e estresse (Bach, 1995; Mantle, 1997; Pinto *et al.* 2019; Barnard, 2021), conforme síntese no Quadro 1.

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS FLORAIS DE BACH E SUAS INDICAÇÕES

Para os que sentem medo
● <i>Aspen</i>: medo desconhecido e inexplicável, que não tem razão de ser ● <i>Cherry plum</i>: medo de perder o controle físico e emocional ● <i>Mimulus</i>: medo de situações conhecidas, definidas ● <i>Red chestnut</i>: temores e medo excessivo de acontecimentos com entes queridos ● <i>Rock rose</i>: medo excessivo, susto, pânico e temor paralisante
Para os que sofrem de indecisão
● <i>Cerato</i>: dúvida e a falta de confiança em si, precisam de ajuda em suas decisões ● <i>Gentian</i>: pessimista, perdeu a fé, para aqueles que desanimam facilmente ● <i>Gorse</i>: desesperança e para perda de fé ● <i>Hornbeam</i>: desmotivados para enfrentar os problemas, responsabilidades cotidianas e para viver sua rotina ● <i>Scleranthus</i>: incapaz de decidir entre duas situações, mudanças bruscas de humor ● <i>Wild oat</i>: insatisfeitas com a sua vida, sem objetivos de vida determinados
Falta de interesse nas situações atuais
● <i>Chestnut bud</i>: dificuldade de aprender com os próprios erros e com as experiências ● <i>Clematis</i>: para pessoas que vivem no futuro, sonolentas ● <i>Honeysuckle</i>: atribuída à nostalgia e à persistência em viver no passado ● <i>Mustard</i>: associado à depressão, a um período de desespero ● <i>Olive</i>: para falta de vitalidade e energia vital, esgotamento e deterioração progressiva ● <i>White chestnut</i>: invasão de pensamentos fixos, indesejáveis e torturantes ● <i>Wild rose</i>: resignação, para pessoas com apatia e falta de protagonismo na vida
Para os que sentem solidão
● <i>Heather</i>: são o centro das atenções, não ouvem ou percebem o mundo externo ● <i>Impatiens</i>: impaciente, irritado com o ritmo dos outros, rápidos demais ● <i>Water violet</i>: distanciamento por se sentirem superiores, preferem ficar sozinhas, reservadas e sérias
Para os que tem sensibilidade excessiva a influências externas
● <i>Agrimony</i>: escondem suas concepções e sentimentos, buscam aceitação ● <i>Centaury</i>: permitem dominação, submissas, trabalham mais do que seria aconselhável e descuidam do seu próprio caminho ● <i>Walnut</i>: dificuldade frente a mudanças, buscam equilíbrio e proteção de influências externas ● <i>Holly</i>: sentem ciúmes, ódio, insegurança, inveja, vingança ou suspeitas
Para os que sofrem de excessivo cuidado com os outros
● <i>Beech</i>: intolerância, crítico, só vê os defeitos do outro e não reconhece seus erros ● <i>Chicory</i>: possessividade, ciúmes, apego, tendem a cuidar excessivamente das outras pessoas, mas esperam algo em troca ● <i>Holly</i>: ódio, inveja, ciúmes ● <i>Rock water</i>: autoexigência exagerada, perfeccionista e rígidos consigo mesmos ● <i>Vervain</i>: fanáticos, quer convencer o outro daquilo que acredita com sua visão ● <i>Vine</i>: dominador, impõe sua vontade, autoritário e inflexibilidade
Para os que sentem desespero
● <i>Crab apple</i>: autorreprova por sua aparência, baixa autoestima corporal, ● <i>Elm</i>: sobrecarregado, excesso de obrigações, opressão e incapacidade ● <i>Larch</i>: falta de confiança na sua própria capacidade, se acharem inferiores ● <i>Oak</i>: lutador sem perda de esperança ou esforço, mas não respeita seus limites ● <i>Pine</i>: auto reprovação pelos seus atos, culpa, nunca está satisfeito com os resultados ● <i>Star of Bethlehem</i>: para perda, choque, traumas que levam à infelicidade. ● <i>Sweet chestnut</i>: angústia que se torna insuportável, desespero mental extremo ● <i>Willow</i>: pessoas ressentidas, injustiçadas, amarguradas, mágoa e negativismo

FONTE: Adaptado de (Bach, 1995; Mantle, 1997; Pinto *et al.*, 2019; Barnard, 2021).

Uma revisão integrativa sobre TFB analisou 44 ensaios clínicos, publicados de 2000 a 2014, desenvolvidos em Cuba (77,2%), Brasil (13,6%), pela medicina (61,3%) e enfermagem (22,7%) em ambientes hospitalares (65,9%). A via oral foi predominante, combinação média de 6 florais, na posologia de 4 gotas, 4x ao dia, com tempo médio de uso de 12 semanas, com efeitos no climatério, ansiedade e estresse (Lang, 2020).

Alguns estudos pré-clínicos já foram realizados em modelos animais, posteriormente vários estudos clínicos e observacionais foram desenvolvidos em humanos e veterinários, alguns deles com algumas fragilidades metodológicas, no cegamento ou na amostra, com resultados estatisticamente significativos para alguns desfechos ou efeito não superior ao placebo (Lima; Júnior; Oliveira, 2023).

Na oncologia, um único estudo experimental, com o objetivo de determinar o efeito da TFB (*Gorse, Star of Bethlehem, Gentian, Mimulus, Wild Oat, Honeysuckle e Hearther*) em idosos com câncer em estágios iniciais (I e II) e sintomas depressivos. Os participantes (n=100) foram divididos igualmente nos grupos intervenção e tratamento alopático convencional. Após o acompanhamento de 3 a 6 meses, a intervenção foi eficaz em 94% dos casos e 19% no tratamento convencional, sem relato de evento adverso (Cifuentes *et al.*, 2014).

A primeira revisão sistemática sobre a temática sumarizou seis estudos com desfechos em sintomas psicológicos (ansiedade, estresse, depressão e déficit de atenção) e dor, a TFB não foi mais eficaz do que placebo, mas foram considerados seguros. Os autores destacam o comprometimento da qualidade metodológica e alto risco de viés dos estudos primários (Thaler *et al.*, 2009).

No ano seguinte, outra revisão sistemática com sete ensaios clínicos randomizados controlados por placebo foi publicada, dentre os participantes (n=428), majoritariamente estudantes, com minoria de parturientes e pacientes cirúrgicos. Resultados significativos (p=0,032) apenas na redução de medicamentos durante o parto; nos demais desfechos de ansiedade, desempenho e estresse não houveram diferenças entre os grupos. Inconsistências foram reportadas relacionadas ao tamanho da amostra, cegamento e baixa adesão (Ernst, 2010).

Posteriormente uma revisão de escopo mapeou estudos (n=11), predominantemente desenvolvidos no Brasil e Cuba com delineamentos observacionais e clínicos, uso da TFB em indivíduos adultos (n=558) estudantes, professores, vítimas de violência psicológica, ansiosos, portadores de fibromialgia,

túnel do carpo, mulheres no climatério e parturição. As essências e finalidades mais utilizadas foram *Impatiens* (solidão), *Cherry Plum* (medos); *White Chestnut* (pensamentos indesejados) e *Beech* (intolerância interpessoal). Na posologia de 4 gotas via oral, 4 vezes ao dia, com duração variável de 60 a 120 dias (Rocha *et al.*, 2022).

Na síntese desta revisão, os florais auxiliaram na redução da ansiedade, depressão, estresse, medo, pensamentos indesejados, intolerância, no autocontrole ao se alimentar, dor (durante o trabalho de parto, cefaleia e parestesia das mãos), ondas de calor, astenia, melhora nas relações familiares e de trabalho. Todos os estudos foram classificados com alto nível de evidência e confiabilidade, utilizaram instrumentos validados na avaliação dos desfechos e não reportaram a significância estatística. Os autores recomendam a necessidade de novos ensaios clínicos para comprovação da eficácia (Rocha *et al.*, 2022).

Convém destacar que além das avaliações psicométricas, um estudo clínico duplo cego dentre os sintetizados na revisão de escopo acima descrita, utilizou a bioeletrografia para mensurar a evolução do campo energético dos aspectos emocionais, fotografadas quando o participante foi examinado. Resultados significativos na redução do estresse docente e na bioeletrografia ($p=0,011$), sem perdas de seguimento ou eventos adversos, com baixo número de participantes devido à greve dos professores durante a coleta de dados (Pinto *et al.*, 2020).

O efeito da TFB também foi investigado por um estudo quase-experimental e avaliou desfechos na evolução do trabalho de parto, com objetivo de minimizar a tríade dor-ansiedade-estresse. Foram inclusas gestantes ($n=60$) com contrações uterinas eficientes e idade gestacional no termo, dose de 16 gotas e manutenção de 4 gotas a cada 15 minutos em intervalos de 60 minutos até totalizar 32 gotas da fórmula (*Impatiens*, *Star of Bethlehem* e *Cherry Plum*). Nas comparações entre os grupos, no floral ($n=30$) houve diferença significativa na média da dilatação cervical ($p=0,000$) e na frequência das contrações uterinas ($p=0,008$), sem significância estatística para demais variáveis de dor, uso de ocitocina, dosagem de cortisol e ansiedade (Pitilin *et al.*, 2022).

Analisar os efeitos da TFB (*Cerato*, *Cherry Plum*, *Elm*, *Impatiens*, *Larch*, *Olive* e *White Chestnut*) no estresse em estudantes de Enfermagem foi objeto de estudo de um ensaio clínico randomizado, triplo cego, durante 60 dias. Os resultados não apontaram diferenças significativas entre os grupos (placebo, $n=49$ e floral, $n=52$) na

redução do estresse ($p>0,05$), convém destacar a interferência da COVID-19 e o intercâmbio das informações sobre o efeito devido à proximidade dos participantes, já que os frascos eram identificados como grupo 1 ou 2 (Albuquerque; Turrini, 2022).

Mais recente, uma metanálise revisou as evidências de quatro estudos em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Em síntese, as essências foram indicadas no controle emocional (*Cherry Plum* e *White Chestnut*); energia (*Olive* e *Hornbeam*); adaptações (*Walnut* e *Chestnut Bud*); indecisões (*Scleranthus*); autocobrança (*Rock Water* e *Vervain*); autoimagem (*Crab Apple*); estado de consciência (*Clematis*); impaciência (*Impatiens*) e medos (*Rock Rose* e *Star of Bethlehem*). Os resultados apontam efeito a favor da TFB ($p = 0,01$) *versus* controle, com um tamanho de efeito de 0,80. Apesar da heterogeneidade moderada e preocupações quanto ao risco de viés, a qualidade da evidência foi limitada (Oliveira *et al.*, 2023).

Embora os estudos mensurem os desfechos com instrumentos validados, poucos utilizaram instrumentos específicos de qualidade de vida, no entanto, a melhora de sintomas psicoemocionais ou físicos pode ter impacto direto ou indireto nos aspectos multidimensionais deste constructo.

Um estudo observacional de métodos mistos analisou o efeito da TFB na QVRS e sono dos trabalhadores noturnos de ambiente hospitalar durante a COVID-19. Dentre os resultados avaliados com instrumentos específicos (SV-12v², Oviedo e *Ad-hoc*) o componente de saúde mental, insônia e gerenciamento de emoções, mostrou resultados significativos ($p=0,007$) no grupo de intervenção ($n=26$) em comparação ao controle ($n=34$). Limitações relacionadas ao tamanho da amostra, falta de randomização e cegamento foram reportadas (Porcar-Castell; Esmel-Esmel, 2021).

Outro estudo piloto quase-experimental avaliou o efeito da TFB nos componentes da QV profissional (*Professional Quality of Life Scale 4*, ProQOL-4) em residentes de Enfermagem ($n=16$) também no período pandêmico. Após três semanas, a fórmula de emergência (*Rock Rose*, *Impatiens*, *Clematis*, *Cherry Plum* e *Star of Bethlehem*) com adicional de *Walnut* auxiliou na redução do escore da subescala de estresse traumático ($p=0,017$) que é um dos componentes da QV (Fedel; Gnatta; Turrini, 2023).

Um ensaio clínico randomizado pragmático avaliou o efeito da TFB na redução dos níveis de estresse percebido em profissionais de enfermagem ($n=87$) da

Atenção Primária à Saúde. Os resultados apontam a redução significativa ($p=0,038$) nos níveis de estresse percebido intragrupos, sem diferença entre os grupos de estudo ($p=0,750$), é válido considerar a maior percepção de mudanças referida pelos participantes do grupo intervenção em relação ao placebo, mas sem significância estatística ($p=0,089$) (Gava; Turrini, 2024).

Um recente estudo randomizado triplo cego, avaliou o uso da TFB de emergência (*Star of Bethlehem, Rock Rose, Impatiens, Cherry Plum e Clematis*) no estresse de mães de recém-nascidos prematuros. Na dose inicial de quatro gotas diluídas em 20 mL de água após o parto, seguidas de quatro vezes até a finalização do protocolo no 14º dia. Houve diferença estatística nos escores médios de estresse ($p < 0,05$) entre os grupos controle ($n=34$) e intervenção ($n=34$), apesar da maior redução no nível de cortisol no grupo intervenção, não foi significativa ($p > 0,05$). Destaque para o possível impacto da COVID-19 no nível de estresse das mães e o curto período do protocolo de intervenção se comparado a demais estudos (Resende *et al.*, 2025).

4.3 Constructo da esperança no câncer

Há séculos, o constructo da esperança é objeto de estudo de diferentes culturas, disciplinas e pesquisadores, independente do consenso em relação ao conceito, ela é explicada por diferentes perspectivas históricas e multidisciplinares, apesar da sua ambiguidade, persiste o potencial transformador da esperança nos indivíduos e na sociedade. Especialmente para PVCA na vigência do TP e/ou CP, fase permeada por incertezas, medos, negação e desesperança (Van Den Heuvel, 2020).

Neste universo do conhecimento, nos limitamos em discutir esse constructo multidimensional com sua interface relacionada a salutogênese, que considera a integração das diferentes dimensões humanas: corpo, mente e espírito, e do modelo holístico de cuidados da saúde física, psicológica, social e espiritual; assim, a esperança é um componente da prática de cuidado e permeia as relações de profissionais-pacientes (Haugan; Eriksson, 2021). Já no contexto de saúde-doença-cuidado, a esperança é realista, voltada para o futuro, representa múltiplos impactos e desafios nas relações entre enfermeiros, pacientes e suas famílias (Antunes *et al.*, 2023; Haugan; Eriksson, 2021).

Embora ainda incipientes, a psiconeuroimunologia destaca o efeito modificador da esperança nos marcadores inflamatórios e cortisol, elevado escore de esperança está associada a maior sobrevida, consequentemente maior utilização dos serviços e despesas em saúde, bem como fator de proteção contra o medo de recorrência do câncer (Corn *et al.*, 2022; Chay *et al.*, 2023; Lutgendorf *et al.*, 2024; Nazam; Husain, 2024; Xiong *et al.*, 2024).

A Enfermagem, busca compreender as respostas e necessidades humanas para as situações de vida, na dimensão da esperança (coragem, fé, perseverança e confiança) ou desesperança (perdas, incertezas e sofrimentos). Além de estar associada ao significado de transformação, transposição de limites, metaforicamente a esperança é uma luz resplandecente que protege e deve ser promovida nos pacientes e familiares, essencialmente em condições crônicas (Lohne, 2021). Trata-se de um conceito central na Enfermagem para a promoção do cuidado, o qual é permeado por eventos cruciais da vida, estímulos estressantes e experiência de satisfação com a vida (Antunes *et al.*, 2023).

Mesmo assim, ainda são escassos os estudos que investigam o impacto psicossocial em PVCA. Uma revisão de escopo baseada em estudos (n=141) mistos, de variados tipos de cânceres e diferentes modalidades de TP, aponta que os desfechos mais avaliados são a QVRS (76%), medo da progressão da doença ou morte (46%), angústia ou depressão (26%) e apenas 4% na esperança (Kolsteren *et al.*, 2022). Uma revisão narrativa, aponta que dentre os estudos que recomendam o CP precoce nesta população, a esperança é o constructo mais citado, associadas as dimensões da gratidão e aceitação, com efeito benéfico no bem-estar psicológico positivo (Bandieri *et al.*, 2024).

Ao revisar a literatura, existem dois modelos de esperança amplamente pesquisados no que tange sua interface ao câncer — a “Teoria da Esperança” de Snyder e o modelo de esperança de Herth — ambos produziram breves medidas de autorrelato. Derivados desses modelos, surgiram evidências crescentes ao demonstrar que a esperança está associada a uma série de variáveis psicológicas em indivíduos com câncer e desponta a emergente probabilidade da maior sobrevivência em PVCA com elevado nível de esperança (Feldman; Corn, 2023).

Para Kaye Herth, enfermeira, pesquisadora e professora emérita da Universidade de Minnesota – EUA, o constructo de esperança é definido como: “[...] um atributo motivacional e cognitivo que é teoricamente necessário para iniciar e

manter a ação em direção ao alcance da meta”. A teoria é ancorada em elementos-chave como a importância das relações interpessoais, o desenvolvimento de expectativas com metas e foco no futuro (Herth, 1991, p. 40).

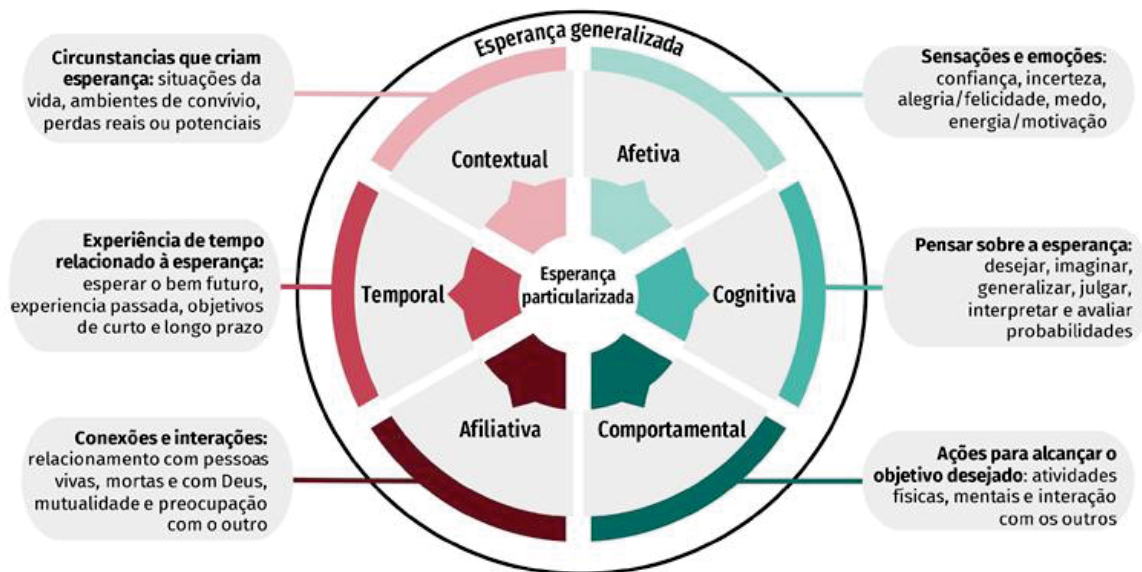
A proposição deste modelo (Figura 1) incorpora duas esferas de esperança: particularizada, referente a um objeto particular que: “dá uma ampla perspectiva para a vida e o pensamento que inclui flexibilidade e abertura para eventos mutáveis”. Ademais, ela “esclarece, prioriza e afirma que uma pessoa esperançosa percebe o que é mais importante na vida”, e a generalizada (algum benefício futuro, mas de desenvolvimento incerto), que consiste em acreditar que a vida reserva alguns “desenvolvimentos benéficos, mas indeterminados” (Dufault; Martocchio, 1985, p. 380). E acrescenta mais seis dimensões, nominadas como: afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual

Cada esfera está relacionada com a força de esperança das pessoas: a generalizada implica na disposição, desejo, perseverança, flexibilidade, significado da vida, promove a mutação, aprendizado, compreensão, tolerância e sinergias, evita o desespero mesmo frente à limitação de recursos ou da esperança particular. A particularizada concentra-se nas energias para atingir objetivos específicos ou futuros, concretos ou abstratos, declarado ou implícito, prioriza o alcance dos valores finais e o que realmente importa na vida (Dufault; Martocchio, 1985).

As duas esferas (Figura 1) são conceitualmente distintas, mas contêm dimensões sobrepostas que, quando combinadas, formam a “*Gestalt*” da esperança (é necessária a compreensão da totalidade para que haja a percepção das partes). Em diferentes circunstâncias, a esperança generalizada torna-se mais aparente, principalmente quando os indivíduos identificam que a esperança particularizada é ameaçada devido ao elevado grau de incerteza e condições rapidamente ameaçadoras, como por exemplo, as que podem ser encontradas em situações de cuidados críticos e condições crônicas avançadas com limitações de recursos terapêuticos (Dufault; Martocchio, 1985).

O processo da esperança é caracterizado pela ênfase e mudanças dentro e entre as dimensões e seus componentes, as quais atuam de forma individual ou concomitante e podem estar ativos no mesmo indivíduo ao mesmo tempo para alcançar diferentes objetivos (Dufault; Martocchio, 1985).

FIGURA 1 – ESFERAS E DIMENSÕES DA ESPERANÇA



FONTE: adaptado de Dufault; Martocchio (1985).

As dimensões (Figura 1) que estruturam a experiência da esperança são definidas por um conjunto de componentes, as quais operam de forma concomitante, denominadas: afetiva (refere-se às emoções relacionadas); cognitiva (pensamentos e desejos relacionados); comportamental (ações realizadas para o alcance); afiliativa (relação consigo mesmo, com os outros e com Deus); temporal (relação entre passado, presente e futuro); e contextual (influência das experiências da vida pessoal (Dufault; Martocchio, 1985).

Posteriormente, este modelo foi apoiado por Farran; Herth; Popovich (1995) como base teórica para as intervenções de Enfermagem. As autoras compreendem que a esperança é uma experiência essencial para a condição humana, funciona como um modo de sentir, pensar, se comportar e de se relacionar consigo mesmo e com o mundo. Em momento de crise, a manutenção da esperança funciona como um mecanismo de proteção, pode ser apoiada por familiares, profissionais e por outros pacientes, uma vez que é necessária uma avaliação realista da situação. Já a desesperança ameaça a saúde física, psicossocial, espiritual e a QVRS.

Trata-se de um referencial teórico que engloba quatro atributos centrais que sustentam os pressupostos ontológicos para o desenvolvimento de intervenções inspiradoras de esperança para melhorar a QVRS de pacientes com doenças crônicas (Farran; Herth; Popovich, 1995)

1. Processo vivencial - envolve reconhecer/aceitar as diferentes formas e níveis de sofrimento (físico, psicológico, social e espiritual) que engloba as condições crônicas.
2. Processo de transcendência ou espiritual - envolve a conexão com Ser ou força superior para o encontro de significado, sentido da vida, gratidão, perdão e compaixão.
3. Processo racional - refere-se à dimensão cognitiva para identificar e alcançar objetivos tangíveis, a esperança é baseada na motivação, nos recursos e nas atitudes positivas.
4. Processo relacional - a manutenção da esperança e prevenção da desesperança está pautada na intersubjetividade qualitativa das relações pessoais, nos diferentes ambientes de cuidado.

Igualmente ao diverso conceito de esperança, os instrumentos que a mensuram diferem significativamente. A construção de um dos instrumentos para avaliação da esperança, o Herth Hope Scale (HHS), é baseada nas seis dimensões conceituadas no modelo de Dufault; Martocchio (1985), as quais foram combinadas para a estrutura do instrumento: cognitivo-temporal (perceber que um resultado positivo é provável no futuro próximo ou distante); afetivo-comportamental (sentimento de confiança com planos para obter o resultado desejado) e afiliativo-contextual (o reconhecimento da interdependência e interconexão entre si mesmo e os outros e entre si mesmo e o espírito) (Herth, 1991).

A versão reduzida do HHS, denominada Herth Hope Index (HHI) foi adaptada para a prática e pesquisas clínicas, avalia a esperança em CP. São 12 itens que correspondem às três subescalas do HHS: temporalidade e futuro, prontidão e expectativa positivas e interconectividade, ou seja, o componente comportamental e afetivo, a relação consigo mesmo e com os outros que nos ajuda a ter esperança. É possível rastrear os níveis e correlatos de esperança de forma rápida, os pacientes ficam menos fadigados para responder, articula de forma clara os sentimentos de esperança, é uma ferramenta útil para o diagnóstico e avaliação da eficácia das estratégias implementadas pelo enfermeiro (Herth, 1992).

Além dos instrumentos de avaliação, é necessário compreender que as pessoas transitam de condições agudas para as crônicas, elas reagem às novas mudanças para manter a esperança e criam metas que os motivam na vida diária. A percepção de esperança se modifica com a evolução da doença, inicialmente o

tratamento é visto como uma salvação, na fase de incerteza sobre o sucesso do tratamento cria conflito na esperança, existem momentos em que o sofrimento supera a esperança de viver, mas persistem na esperança de se reconciliar com a morte (Pinto *et al.*, 2023).

Em linhas gerais, duas revisões sistemáticas destacam uma redução no escore de esperança na última década (2010 a 2020) em pacientes com múltiplos cânceres e estágios. Os estudos corroboram a relação positiva da esperança com fatores intrínsecos, como saúde percebida, QVRS, bem-estar espiritual, apoio social e existencial; negativos à carga de sintomas, sofrimento psicológico, ansiedade e depressão (embora ainda obscura em relação as duas últimas variáveis) e não relacionada a variáveis demográficas e clínicas (Nierop-Van Baalen *et al.*, 2020; Salimi *et al.*, 2022). Além das variáveis, outra revisão sistemática de estudos (nove) em diferentes populações com câncer, evidencia uma correlação positiva entre os níveis de esperança e a satisfação com a vida, estado conjugal e informacional (Guliyeva *et al.*, 2022).

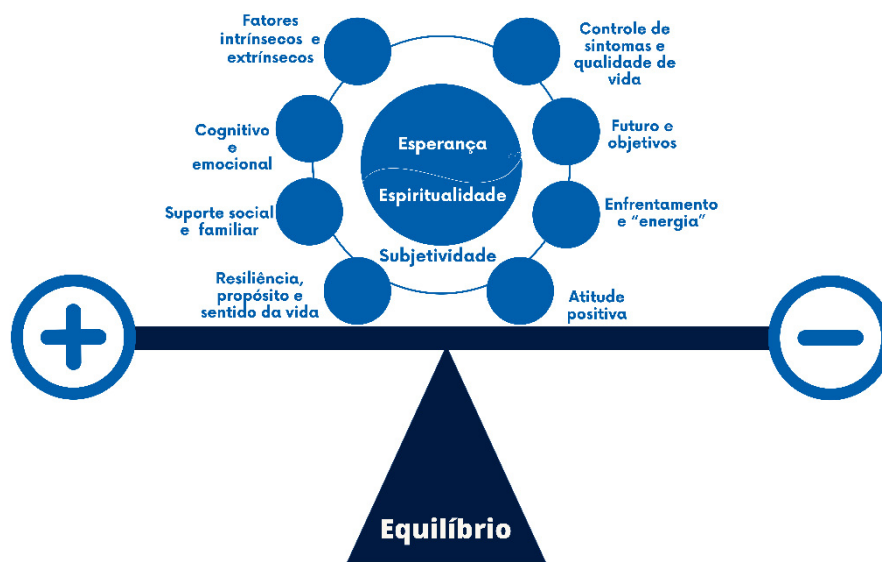
Durante o tratamento quimioterápico, outra revisão sistemática, correlacionou a esperança em estudos (n=13) de pacientes (n= 2.666) com diferentes cânceres e estágios, a qual foi associada à ansiedade, depressão, QVRS e demais atributos: idade, estrutura familiar, situação econômica, nível educacional, suporte social, fatores internos como enfrentamento, autoestima, otimismo, autoconfiança, finalidade do tratamento, estado geral, presença ou ausência de metástase, sintomas, período de sobrevivência e expectativa de vida estimada (Kitashita; Suzuki, 2023).

Na PVCA, mesmo com a probabilidade de resultado positivo limitada, a esperança é fonte de ânimo para a continuidade da jornada, é uma das estratégias de suporte no cuidado, numa fase permeada por processos internos que resultam em sofrimento físico e psicoemocional, os quais são desencadeados pela condição clínica e suas limitações do TP (Finkelstein *et al.*, 2021; Salimi *et al.*, 2022). Consequentemente, o nível de esperança será inversamente proporcional ao descontrole de sintomas; no entanto, na vigência de estratégias de suporte social, existencial e espiritual, ocorrerá uma relação positiva da esperança com a QVRS (Nierop-Van Baalen *et al.*, 2020; Salimi *et al.*, 2022; Nikoloudi *et al.*, 2023).

Durante o TP, o constructo multidimensional e dinâmico da esperança é impulsionado por uma diversidade de fatores (Figura 2) para a evitar e/ou manter o (des)equilíbrio. A espiritualidade pode influenciar diretamente os níveis de esperança,

seja de forma positiva ou negativa. É possível afirmar que a esperança é a “energia” para que a PVCA siga sua jornada, ao mesmo tempo que faz parte de uma “engrenagem” vital, que propulsiona o paciente no alcance de metas e na busca pelo equilíbrio (Ramos *et al.*, 2024).

FIGURA 2 – ESPERANÇA NO TRATAMENTO PALIATIVO



FONTE: Ramos *et al.* (2024)

As metas descritas por PVCA se concentraram em viver bem, quando elas são atingíveis resulta em esperança, as quais podem ser divididas em oito domínios: social/papel/relacionamento, cotidiano/prático, lazer/prazer, psicológico/existencial/espiritual, grandes mudanças ou realizações na vida, resultados de resposta/doença ao tratamento do câncer, resultados paliativos e melhora da saúde comportamental. Os facilitadores do progresso incluíram fortaleza mental, sentir-se fisicamente bem e apoio social; já as barreiras incluíram efeitos colaterais relacionados a doença e TP (Hyland *et al.*, 2023)

No contexto dos CP de pacientes com CA, a esperança trata-se de “[...] um poder interior que facilita a transcendência da situação presente e permite uma expectativa baseada na realidade de um amanhã melhor” (Herth, 1993, p. 544). Embora a esperança não tenha o poder de curar, ela impulsiona os pacientes a continuarem na luta por melhor QVRS (Balsanelli; Grossi; Herth, 2010). Trata-se de um fenômeno positivo, necessário para o confronto saudável com a cronicidade e para

evitar o desespero, é um auxílio para viver da melhor forma possível e de maneira confortável (Guedes *et al.*, 2021).

No cuidado da PVCA, frequentemente os profissionais se deparam com pacientes que desconhecem o estágio e objetivos do TP, uma alternativa incoerente seria acreditar que o desconhecimento é um fator de proteção e dizer a expressão corriqueira: “vai ficar tudo bem”. Reconhecer e promover a esperança é fundamental para manutenção da dignidade, auxiliar na transposição das adversidades, melhorar a qualidade de vida e morte (Silva; Ramos; Kalinke, 2024).

A manutenção da esperança oscila durante a jornada de uma PVCA à medida que progride para o fim da vida. Antecedentes negativos influenciam o processo, o desespero iminente, a perda da identidade e autonomia, a vulnerabilidade entre a irreabilidade ou perder a esperança. Os positivos compreendem esclarecer e promover metas realistas baseados em viver o momento presente, a confiança e relacionamento interpessoal, inclusive com os profissionais de saúde. Esse equilíbrio pode impactar na trajetória da doença à medida que as percepções mudam, os contextos de vida mudam, a esperança também muda (Guedes *et al.*, 2021).

Reconhecer o papel fundamental da esperança é um elemento central no cuidado de PVCA, sua promoção poderá ocorrer das seguintes formas: relações qualitativas entre enfermeiros e pacientes, habilidades de comunicação interpessoal, fortalecimento das redes de apoio, auxílio na formulação de metas realistas, possibilitar bem-estar espiritual e desenvolver novas evidências e intervenções para otimizar a esperança (Laranjeira; Querido, 2022).

Em relação às intervenções, diferentes metassínteses e metanálises, trazem contribuições. É importante reconhecer a compreensão das crenças, funções e trabalho da esperança para os pacientes, seu papel e os esforços necessários para sustentá-la. A esperança pode ser promovida pela comunicação e do relacionamento com os profissionais, embora eles enfrentem dificuldades ao fornecer prognósticos, encaminhar para CP e discussões sobre finitude. A terapia da dignidade e demais intervenções psicoterápicas aumentaram significativamente os níveis de esperança (tamanho de efeito médio) e reduziram a depressão, embora ainda incerto no bem-estar psicológico e espiritual (Salamanca-Balen; Merluzzi; Chen, 2021; Qama *et al.*, 2022; Velić *et al.*, 2023; Wulandari; Rochmawati, 2024).

Em síntese, dentre as experiências humanas do viver e morrer, a esperança é o elemento central que está intimamente associado ao bem-estar

biopsicossocioespiritual. A progressão do câncer pode limitar ou desafiar a esperança, período crítico em que o indivíduo pode forjar novas e mais profundas esperanças no final da vida. E os enfermeiros desempenham papéis centrais no apoio de pacientes e familiares com a prestação de cuidados, trata-se de uma atenção sensível e habilidosa para manter a esperança e melhorar a QVRS no transcurso do CA (Ferrel; Paice, 2019).

4.4 Câncer avançado e qualidade de vida

No transcurso da vida e da prática clínica, muitas pessoas continuam com tratamentos do câncer inicial ou avançado por muitos meses ou anos, cursam um longo itinerário terapêutico que transita da remissão da doença às múltiplas recaídas. A exemplo das terapias antiestrogênicas prolongadas ou das PVCA submetidas a diferentes tratamentos durante a sobrevivência (Carlson, 2023).

O CA é resultante do diagnóstico inicial na fase metastática e da recorrência após o tratamento da doença localmente avançada, respectivamente, estadiamento clínico IV e III, ou ainda, da progressão de estadiamentos I a II. Aproximadamente 50% dos cânceres são diagnosticados nos estadiamentos III e IV (Crosby *et al.*, 2022). Condição corroborada por Henke (2023), que explica as razões para este fatalismo: limitações de recursos financeiros e de conhecimento dos profissionais, bem como as crenças, medos e baixa literacia em saúde das pessoas.

No CA, será indicado diferentes modalidades de TP, os quais podem ser conceituados como “tratamentos sistêmicos e/ou locais sem a intenção curativa, direcionado no controle da progressão da doença avançada/metastática, com objetivo de melhorar a QVRS, mitigar uma miríade de sintomas e prolongar a sobrevivência”. São modalidades de tratamentos complexos, que podem ser realizados na modalidade ambulatorial ou internação, “gerenciados por uma equipe transdisciplinar, implementados precocemente e concomitante com o CPS” (Silva *et al.*, 2025).

Apesar do *continuum* avanço do TP: quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, terapia direcionada, cirurgia e suas combinações, o CA permanece essencialmente incurável, devido a múltiplos obstáculos, como o pequeno tamanho das metástases, alta multiplicidade, resistência terapêutica e disseminação para múltiplos órgãos (Hegde *et al.*, 2023). Além das toxicidades residuais, complicações

causadas pelos tratamentos, multimorbidades, declínio clínico, entre outros fatores (Strang, 2022).

As análises de um estudo multicêntrico americano com PVCA (n=334) em regime de quimioterapia ou radiação paliativa; foi conclusivo que a depender da percepção do paciente sobre a intenção curativa, a TP está associada a uma melhor ou pior compreensão prognóstica (George *et al.*, 2020). Em outra pesquisa realizada no Hospital de Barretos – São Paulo – BR, que identificou uma pequena concordância entre os oncologistas (n=28) e seus pacientes (n=90) em relação aos objetivos do tratamento e o prognóstico; 61,8% dos pacientes, afirmam que o oncologista deveria considerar formas de manter a esperança (Paiva *et al.*, 2022).

A terapia direcionada e a imunoterapia foram avaliadas no estudo retrospectivo em PVCA (n=673), com melhor resposta e menor toxicidade em relação a sobrevida: mais longa de 21,7 meses nos pacientes com maior toxicidade; intermediária de 16,2 meses nos <70 anos e curta de 8,1 meses nos ≥70 anos com ECOG ≥2. A incidência de eventos adversos não diferiu em relação a idade, fato atribuído aos efeitos desses eventos e/ou custos para os tratamentos dos mesmos (JOHNS *et al.*, 2021).

Na Espanha, o impacto da terapia sistêmica foi avaliado, antes do tratamento de PVCA (n= 863) apresentavam pontuações mais baixas na QVRS (limitações físicas, emocionais, cognitivas, sociais, sintomas) sofrimento psicológico e satisfação com a vida; após o tratamento, aumentou a taxa de sobrevivência com discreta melhora na QVRS (Rodríguez-Gonzalez *et al.*, 2023). Na Holanda, a quimioterapia paliativa em pessoas > 70 anos foi associada a maiores níveis de toxicidade, a um declínio na QVRS e mortalidade após o primeiro ano de tratamento (Baltussen *et al.*, 2023).

Na cirurgia paliativa, o alívio dos sintomas e a QVRS foi o foco principal, de uma revisão americana que destacou que 40% de todas as consultas da especialidade são considerações paliativas, destas 43% de fato realiza a intervenção, 13% de todas as cirurgias são paliativas; 80% dos pacientes tiveram melhora ou resolução dos sintomas em 30 dias; perto de 90% consideraram que os procedimentos “valeram a pena”, embora alguns tenham apresentado complicações, apenas 17% abordaram a QVRS (Louie; Miner, 2022).

A Índia é um dos países com carga significativa de CA, (Deo *et al.*, 2021) reportam que as cirurgias paliativas foram realizadas para minimizar condições

específicas: nos cânceres gastroesofágicos (devido a disfagia e obstruções gástricas); colorretal (obstruções intestinais) e câncer de mama (úlceras infectadas e massas fúngicas); embora o alívio dos sintomas pode ser alcançado em 80-90% dos pacientes, a morbidade pós-operatória foi relativamente alta entre PVCA nos sítios hepatobiliar, gastrointestinal e ginecológico.

Independente da modalidade de TP, existem esperanças de que as metástases sejam curadas, já que são responsáveis por 90% das mortes e por grande parte do sofrimento (Hegde *et al.*, 2023). Objetivos futuros desses tratamentos é erradicar ou manter as metástases em estado cronicamente inativo (Parker *et al.*, 2022). Alguns avanços já são visíveis e quantificáveis, demonstrados no estudo retrospectivo de base populacional americana de (HI *et al.*, 2023), evidenciam que incidência do CA reduziu para 0,80 de 1988 a 2018, com projeção de 0,70 para 2018 a 2040/100 mil indivíduos. A probabilidade de sobrevivência em cinco anos é de 46,7%, previsivelmente a prevalência mude em subtipos, de invariavelmente fatais para indolentes.

Os autores Mani *et al.* (2024), destacam que em breve novos estudos devem apontar melhores dados de sobrevivência no TP, os existentes apontam uma mediana de 10 meses com base em análise retrospectiva (1992 a 2019), 82,6% dos americanos com CA (n=1.030.937) morreram em decorrência da doença e apenas 17,4% são decorrentes de outras DCNT. Maior probabilidade de morte decorrente de metástases nos tumores de pulmão, pâncreas, esôfago e estômago, menor para mama e próstata.

Além de visar a sobrevivência, a finalidade precípua das modalidades de TP é manter ou melhorar a QVRS, uma vez que PVCA e seus familiares enfrentam objetivos de tratamento únicos, diferentes daqueles vivenciados na fase inicial ou terminalidade (Hart *et al.*, 2024). Essa QVRS pode ser maximizada com a integração precoce dos CPS, trata-se de uma abordagem centrada nas dimensões bipsicosocioespirituais na pessoa e seus cuidadores, independente do estágio da doença ou intenção de tratamento e mediada por equipes interdisciplinares (Akoo; Mcmillan, 2023; Geijteman *et al.*, 2024).

A definição conceitual de QV proposta pela OMS é entendida como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Os aspectos de saúde consideram a complexidade com suas

múltiplas inter-relações, dimensões e avaliações subjetivas de aspectos positivos e negativos da vida (WHO, 1993, p. 153). Trata-se de um conceito culturalmente determinado, os quais devem ser precisamente avaliados com instrumentos sensíveis e adaptadas à população (Nolazco; Chang, 2023).

Derivado deste amplo conceito, a QVRS está intimamente ligada aos sintomas de doenças, ao tratamento e seus efeitos colaterais, funcionamento físico, social, cognitivo e bem-estar emocional, satisfação com a vida e saúde mental. Ela tem um construto multidimensional que consiste no estado de saúde percebido em seus diferentes domínios (bem-estar físico, social, emocional e funcional) e inter-relação com os subdomínios (sexualidade, espiritualidade e imagem corporal), os quais são afetados pelas condições crônicas e/ou tratamento prolongado (Cella, 1994).

Na definição do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a QVRS é “[...] a saúde física e mental percebida pelo indivíduo ou grupo ao longo do tempo”, complementada pelos seus correlatos (riscos e condições de saúde, suporte social, *status* funcional e socioeconômico). Trata-se de uma forma de demonstrar cientificamente o impacto da saúde na QV, muito além do paradigma microscópico. É importante considerar que no nível comunitário, recursos, condições, políticas e práticas interferem na percepção do estado de saúde e funcional (CDC, 2022).

A *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) compreende a QVRS como um constructo multidimensional de difícil definição, são percepções subjetivas dos aspectos positivos e negativos dos sintomas dos pacientes com câncer, incluindo funções físicas, emocionais, sociais e cognitivas e, principalmente, sintomas da doença e efeitos colaterais do tratamento. É a satisfação com os níveis de funcionamento e controle da doença, baseado na avaliação subjetiva do caráter bom e satisfatório, quanto menor a diferença, maior a QV (EORTC, 2025).

Além da EORTC, outra importante organização americana denominada *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT) estão engajadas em pesquisas e desenvolvimento de instrumentos para avaliar a QVRS de uma variedade de cânceres, e fornecer uma estrutura simplificada para compreensão de mudanças e interpretação de resultados em oncologia, frequentemente utilizados em ensaios clínicos e crescentemente nas avaliações da prática clínica (Clarke *et al.*, 2024).

Apesar das diferenças culturais e conceituais, é consenso que QVRS considera a autopercepção do indivíduo sobre sua própria saúde nos domínios e

subdomínios: físicos (sintomas, função, aparência e adaptação), mentais (afeto positivo, negativo, cognitivo e adaptação), sociais (relacional, funcional e adaptação) e de saúde geral (satisfação e saúde global), ancorado nos conceitos de saúde (Mao *et al.*, 2020). Associado as diferenças significativas da QVRS entre os vários tipos de câncer e populações, requer o uso de instrumentos culturalmente sensíveis e específicos para avaliar precisamente esse constructo (Nolazco; Chang, 2023).

Apesar do potencial da QVRS para melhorar os resultados em oncologia, a incorporação da avaliação rotineira desses dados enfrenta barreiras relacionadas aos profissionais, estrutura dos serviços e limitações dos pacientes. A coleta periódica desses dados não clínicos viabiliza desenvolver planos de cuidados interdisciplinares centrados no paciente e adaptados às necessidades individuais, os quais devem revolucionar a prestação de cuidados personalizados e eficazes, que visem os riscos subjacentes antes que se tornem problemas importantes (Nolazco; Chang, 2023).

As medidas de desfecho relatadas pelo paciente (PROMs) é um importante indicador prognóstico e foram avaliados numa revisão de estudos (n=26) norte-americanos e europeus. Resultados piores na doença tardia *versus* inicial entre os cânceres de pulmão, pâncreas, esôfago, estômago, colorretal, anal, cervical, cabeça e pescoço; maior impacto dos sintomas, como dor, fadiga, incapacidade física e funcional; maior carga de sintomas específicos da doença, ansiedade e depressão. Esse fato resulta em pior QVRS e menor sobrevida em PVCA (Chung *et al.*, 2024).

Consequentemente, a QVRS foi significativamente associada ao risco de mortalidade em um metanálise de estudos observacionais (n=106) nos cânceres de pulmão, cabeça e pescoço, mama, esôfago, cólon, próstata, hematológico, fígado, ginecológico, estômago, cérebro, bexiga, osso e tecidos moles; seja pré e pós-tratamento ou na fase paliativa (Fukushima *et al.*, 2024)

Continuamente, as PVCA estão em constantes adequações à cronicidade da doença que pode ser de ordem desadaptativa (desamparo, desesperança, medo e ansiedade) ou adaptativa (espírito de luta). Ambas influenciam diretamente na QVRS. Em relação à visão biopsicossocial, existe uma associação negativa do estágio avançado, funcionamento físico, saúde mental, desamparo, preocupação ansiosa, evitação cognitiva, espírito de luta e ao fatalismo (Lauriola; Tomai, 2019).

Em PVCA o tratamento prolongado resulta em incertezas em relação à doença e à expectativa de vida, com carga emocional duradoura de sofrimento psicológico, medo, ansiedade, angústia, tensão emocional, enfrentamento,

desamparo, otimismo e desesperança, bem como, preocupações relacionadas à constante investigação da condição da doença (Kolsteren *et al.*, 2021). Eles apresentam uma maior prevalência (20% a 65%) de sintomas psicológicos, com gravidade, duração e experiência variável, destaque para a ansiedade, depressão e desesperança, as quais podem apresentar um efeito sinérgico direto ou indireto na QVRS (BAIL *et al.*, 2018).

Durante a pandemia de COVID-19, uma coorte prospectiva e multicêntrica de PVCA (n=401) identificou uma maior incidência de ansiedade (36%) e depressão (35%), predomínio em mulheres ≤ 65 anos) ambas positivamente relacionadas com a preocupação, incerteza e desesperança. Isso indica que expectativas positivas (esperança) sobre a evolução da doença podem diminuir a ansiedade e depressão, maior entre as mulheres e com sobrevida estimada de 18 meses (Obispo-Portero *et al.*, 2022).

Visto que o sofrimento psicológico é comum em PVCA, uma análise de conceito identificou cinco atributos definidores: ansiedade, depressão, medo da morte, desmoralização (estado de espírito privado de coragem, desânimo) e incapacidade no enfrentamento eficaz. Eles estão em constante aceitação para viver positivamente o momento presente, mesmo com declínio na QVRS, sofrimento psíquico e emocional (Huda; Shaw; Chang, 2021). Por outro lado, uma metanálise mostrou que a QVRS foi significativamente associada recursos psicológicos positivos, dentre eles a resiliência, esperança, otimismo, autoeficácia e autoestima; logo os programas de intervenção devem se concentrar em aumentá-los (Zhao; Tong; Yang, 2022).

Fatores que influenciam a QVRS de pacientes (n=11.381) com CA em 15 países em desenvolvimento (África, Ásia, América Latina e Caribe) foi objeto de uma revisão sistemática de estudos transversais (n=55). Os participantes que valorizam as práticas espirituais/religiosas, apresentaram maior escore de QVRS (na escala de sintomas, constipação e dispneia; no funcionamento físico e sexual, na função psicológica, existencial e espiritualidade). Em contrapartida, o baixo nível educacional e índices elevados de depressão foram associados a uma menor QVRS (Gayatri *et al.*, 2021).

A compreensão dos determinantes da QVRS em PVCA foi conduzido um estudo multicêntrico europeu em participantes (n=1.027) com doença metastática, houve correlação significativa entre performance clínica, fadiga, dor, perda de peso, anorexia, redução de massa muscular, dispneia, pior função física, fadiga e perda de

apetite ($p = <0,05$); são preditores de declínio da QVRS e de encaminhamento para CP (Daly *et al.*, 2020).

No estudo observacional conduzido por Silva (2019), na mesma instituição deste ECR com PVCA ($n=126$), não identificou diferenças significativas no escore de QVRS entre os grupos; melhor função física e emocional no CP; o TP apresentou QV global boa e sintomas foram mais leves; QV regular no CP, com maior significância e intensidade de sintomas. A deterioração da QVRS no CA é heterogênea, vários domínios já estão declinados antes do TP, com discreta melhora e sobrevida após, é premente sua monitorização e acompanhamento concomitante com CP para mitigar tais sofrimentos (LEE *et al.*, 2022b; Rodríguez-Gonzalez *et al.*, 2023).

Existem diferentes relações conceituais de QVRS e esperança, seja um constructo pertencente ou como parte do outro, compreendido como dois conceitos distintos ou com características comuns. No entanto, é nítido que as definições e mensurações de ambos permeiam as relações interpessoais, temporais, multidimensionais, expectativas realistas, estresse, resiliência, sentido da vida, entre outros (Rustoen, 1995; Allaire *et al.*, 2025;).

5 MÉTODO

Na condução desta pesquisa, duas diretrizes foram observadas para a realização de ensaios clínicos, assim como assegurar a qualidade ao reportar o estudo: *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) e sua extensão para Nonpharmacologic Treatments (NPT) (Boutron *et al.*, 2017). Trata-se de normas para reportar tais estudos que direcionam, planejam e gerenciam a condução da pesquisa.

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, triplo cego, controlado por placebo, com recrutamento realizado de outubro de 2022 a fevereiro de 2024, e avaliação de seguimento até junho de 2024.

5.2 Local

A pesquisa foi realizada no Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), trata-se de um hospital de alta complexidade com atendimento exclusivo pelo SUS. A instituição conta com equipes e serviços de residência multiprofissional, engajados na assistência de pacientes com múltiplas necessidades de cuidados clínicos e cirúrgicos, bem como fomentar formação de recursos humanos, demais atividades de ensino, pesquisa e extensão.

O local da pesquisa compreendeu o Ambulatório de Hematologia e Oncologia (SAM 16), no 4º andar do Anexo H, que assiste pacientes adultos durante os tratamentos clínicos, cirúrgicos e cuidados paliativos dos tumores sólidos ou doenças linfoproliferativas.

5.3 Participantes

Todos os participantes estavam em TP em suas diversas modalidades (quimioterapia paliativa, imunoterapia, cirurgia ou radioterapia paliativa) dada a especificidade de cada tipo de câncer e foram acompanhados por equipes multiprofissionais do ambulatório.

5.3.1 Critérios de inclusão

- Ser maior de 18 anos.
- Ter diagnóstico comprovado com histologia de qualquer tipo de câncer avançado (estadio IV) para tumores sólidos.
- Escala de desempenho funcional oncológico do *Eastern Cooperative Oncology Group* (**ECOG**): 0, 1, 2 ou 3 caracterizado.
 - 0 (totalmente ativo);
 - 1 (restrito de atividade física extenuante e capaz de realizar trabalho de natureza leve ou sedentária);
 - 2 (capacidade de autocuidado sem condições de atividades laborativas, permanece 50% do tempo fora do leito);
 - 3 (limitada capacidade de autocuidado, permanece 50% do tempo em repouso no leito ou cadeira) (Oken *et al.*, 1982).

5.3.2 Critérios de exclusão

- Impossibilitados de manter comunicação verbal e/ou escrita pela avaliação do ECOG 4 (limitado e impossibilidade de realizar atividades de autocuidado, totalmente restrito ao leito ou cadeira) (OKEN *et al.*, 1982).

5.3.3 Critérios de descontinuidade

- Perda de seguimento (ausência na avaliação de retorno ± 30 dias após a inclusão (T₀) ou última avaliações de seguimento (T₁ a T₄).
- Adesão inferior a 70% do frasco anterior, segundo o relato verbal (desistências ou esquecimentos).
- Ocorrência de qualquer evento adverso relacionado à intervenção.

5.3.4 Amostragem

O tamanho da amostra probabilística foi definido pelo software GPower (v 3.1.9.7) considerando um plano longitudinal (2 grupos e 5 momentos) com margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%.

5.4 Randomização

Neste estudo, a randomização foi realizada para mitigar o viés de seleção, promover a similaridade de grupos de tratamento em relação a importantes fatores de confusão conhecidos ou não e contribui para a validade dos testes estatísticos. Foi realizada randomização restrita para alocação igual e sequencial dos participantes, associado a técnica e estratégia de análise dados ajustada por covariáveis para garantir a validade dos resultados (Berger *et al.*, 2021).

Uma sequência com 150 números foi gerada no site do *National cancer institute*, ferramenta de randomização de ensaios clínicos (<https://ctrandomization.cancer.gov/tool/>) com alocação aleatória 1:1 para randomização simples dos frascos, preservado o equilíbrio de alocação entre os grupos, procedimento realizado por uma pesquisadora não cega vinculada ao PPGENF. Uma versão impressa da randomização foi entregue à farmacêutica responsável pela manipulação em envelope lacrado e armazenamento eletrônico (APÊNDICE 7).

Na inclusão dos participantes, era atribuído um número se sequencial gerado pelo REDCap®¹, o qual era utilizado na identificação do frasco e baseado na lista de randomização.

5.5 Mascaramento

Foi mantido o mascaramento triplo (participantes, pesquisador de campo e estatístico) até o término do estudo para mitigar o risco de vieses, fato que poderia afetar quantitativamente seus resultados.

A farmacêutica responsável pela manipulação recebeu o envelope lacrado com a randomização, apesar de não ser mascarada em relação ao frasco, foi mascarada em relação aos participantes. A equipe de dispensação era mascarada para o frasco, os quais recebiam na farmacêutica igualmente identificados e

¹ Trata-se de um aplicativo da Web, lançado em 2021 (Universidade Vanderbilt) e consiste em um sistema de captura eletrônica de dados, recomendado para otimizar as informações e o gerenciamento adequado, especialmente desenvolvido para pesquisa clínica. Fornece controle de acesso, auditoria, segurança de dados e redução de custos para a equipe de pesquisa.

numerados para entregar ao pesquisador de campo, a manipulação era realizada em local distante do local de coleta de dados.

O pesquisador de campo foi mascarado em relação ao conteúdo do frasco e não tinha contato com a farmacêutica; solicitava os frascos via e-mail aos colaboradores da farmácia mediante uma sequência numérica (seja na inclusão ou durante o seguimento dos participantes que permaneciam no estudo, pelo número atribuído pelo REDCap®).

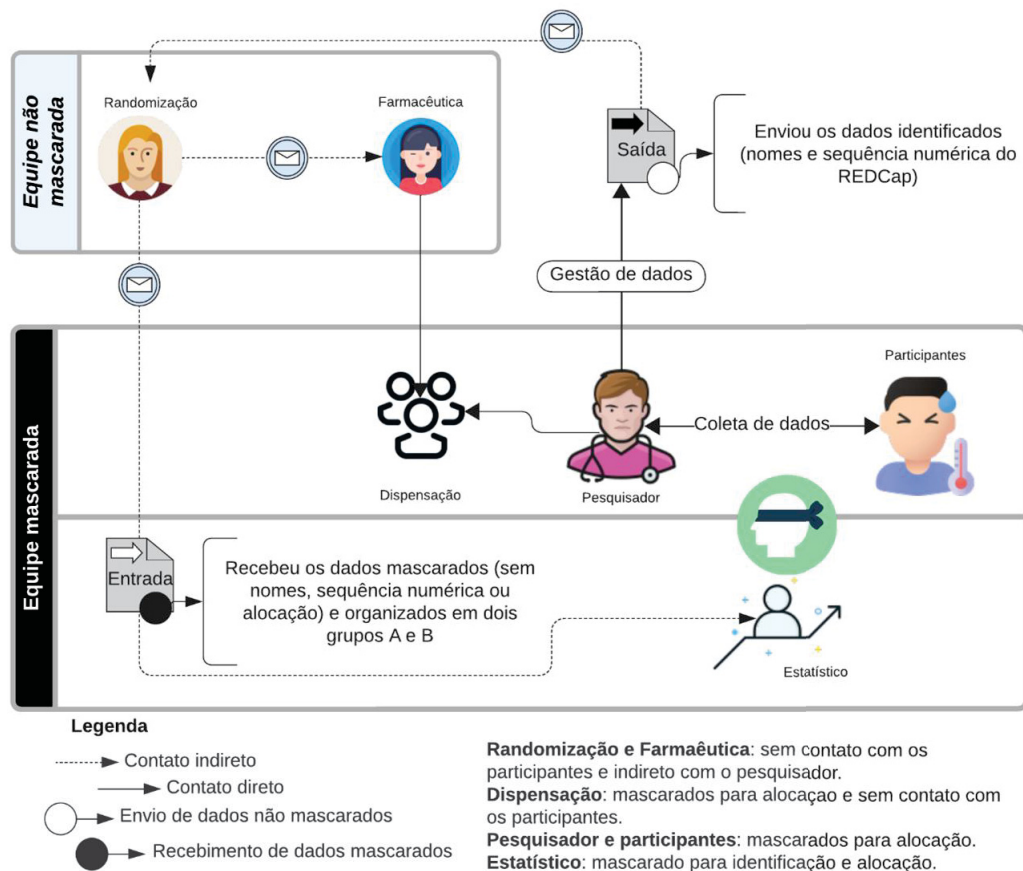
Os participantes foram mascarados desde a inclusão até o encerramento, eles foram inclusos pelo pesquisador de campo, recebiam um frasco numerado que era mascarado em relação ao conteúdo.

Após o término da coleta, o pesquisador de campo encaminhou os dados para a pesquisadora não cega responsável pela randomização, que fez a substituição da alocação numérica (1 intervenção e 2 placebo) e organizou os dados em grupo A e B, os quais foram enviados ao estatístico.

O estatístico realizou as análises dos grupos (A e B) e realizou a devolutiva para o pesquisador e a orientadora (ainda mascarados) para conhecimento dos resultados. Findo as análises estatísticas, foi solicitado a pesquisadora não cega a retirada do mascaramento para identificar qual dos grupos era TFB ou placebo.

Conforme recomendado por Lang; Stroup (2020), os procedimentos de mascaramento devem ser descritos e representados graficamente para maior clareza, a Figura 3 ilustra como foi, quais grupos ou indivíduos, para que foram mascarados, como o mascaramento foi implementado e mantido.

FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DE MASCARAMENTO



FONTE: O autor (2025).

5.6 Intervenção

A TFB utilizada neste estudo levou em consideração as condições associadas que interferem na esperança e QVRS dos pacientes com câncer avançado, dentre as indicações propostas por Bach. A fórmula para a população do estudo foi definida numa reunião de consenso por pesquisadores com *expertise* na área. Apesar da recomendação da prescrição ser individualizada e direcionada para as necessidades do indivíduo, a fórmula foi padronizada para minimizar o risco de viés.

O preparo dos frascos e a manipulação das fórmulas se deu pela randomização. Todos foram preparados por uma farmácia especializada em florais, autorizada pela ANVISA, com certidão de regularidade técnica e afiliada à Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais.

A manipulação foi realizada em farmácia externa, baseado na lista de randomização e assegurar o mascaramento de alocação (participantes e pesquisador

de campo). A farmacêutica realizava a manipulação e não tinha contato com o pesquisador ou participantes; o pesquisador de campo

Todos os frascos eram idênticos, de vidro âmbar estéreis, capacidade para 30 mL, com tampa furada, lacre de segurança, conta-gotas com bulbo branco e cânula de vidro de 75 mm. As soluções preparadas, poderiam conter a fórmula de intervenção (grupo floral – GF) ou a solução de controle (grupo placebo – GP). Todos eram rotulados de forma idêntica “Pesquisa Floral” e instruções de uso, com diferença apenas na etiqueta numérica e sequencial (Figura 4).

FIGURA 4 – FRASCOS, RÓTULO E IDENTIFICAÇÃO



FONTE: O autor (2025).

Cada frasco continha um volume para 30 dias de uso, com margem adicional de segurança de 30%, um novo frasco com a mesma numeração sequencial era fornecido a cada ± 30 dias. Todos os frascos foram manipulados com uma solução hidro-brandy: 21 mL de água mineral (marca Crystal®, proveniente da cidade de

Bauru no estado de São Paulo – BR, densidade 1,0 e pH a 25°C = 8,71) + 9 mL de conservante *brandy* a 30% (marca Osborne®, proveniente da Espanha, 100% destilado de vinho e 36% vol. alc.).

No GF, foi adicionado à solução hidro-brandý duas gotas da essência-mãe de cada floral (marca Healing®, com 400 partes de conhaque orgânico em uma parte de essência mãe da Healing Herbs® proveniente da Inglaterra) para composição da fórmula. O preparo dos frascos seguiu as recomendações disponíveis (Bach, 1995; Mantle, 1997; Lang, 2020; Barnard, 2021).

A fórmula do protocolo de intervenção no GF foi composto pelas seguintes essências e suas respectivas indicações: *Cherry Plum* (*Prunus cerasifera*), traz clareza em situações de desespero e descontrole emocional; *Crab Apple* (*Malus pumila*), aceitação, recuperação da autoestima e autoimagem em situações desafiadoras; *Gorse* (*Ulex europaeus*), resgatar a fé e a esperança positiva; *Mimulus* (*Mimulus guttatus*), coragem para aceitar as adversidades da doença como oportunidade de transformação; *Mustard* (*Sinapis arvensis*), estabilidade emocional em momentos de depressão e melancolia; *Olive* (*Olea europaea*), regeneração do fluxo de energia física e mental; *Sweet Chestnut* (*Castanea sativa*), trazer luz para enfrentar situações extremas; *White Chestnut* (*Aesculus hippocastanum*), promover calma e clareza mental para viver o momento presente; e *Wild Oat* (*Bromus ramosus*) auxilia no encontro de um propósito e sentido (Bach, 1995; Mantle, 1997; Lang, 2020; Barnard, 2021).

No GP, os frascos continham apenas a solução hidro-brandý (21 mL de água mineral + 9 mL de conservante a 30%). A utilização de placebo é aceitável na condução deste ECR, dada a inexistência de uma intervenção padrão ou um consenso entre especialistas. Embora a ética de seu uso exija discussão, ele pode se comportar como a intervenção, estar associado a eventos adversos (efeito *nocebo*), além dos efeitos do próprio placebo, da relação pesquisador-participante e da psiconeurobiologia; na prática clínica o efeito placebo mostra uma intensidade fraca a moderada (Pardo-Cabello; Manzano-Gamero; Puche-Cañas, 2022).

Os participantes fizeram uso da solução por via oral, quatro gotas diretamente na boca quatro vezes ao dia (ao acordar, antes do almoço e jantar e ao deitar-se), por 120 dias (Bach, 1995; Lang, 2020; Barnard, 2021; Rocha *et al.*, 2022).

Durante os dois primeiros meses após a inclusão, os participantes recebiam uma de mensagens de texto padronizada via WhatsApp® duas vezes por semana

com lembrete para estimular adesão, mensalmente eram contatados para agendar envio de novo frasco e coleta de dados ou identificar a ocorrência de efeitos adversos que justifiquem a descontinuidade.

Ambos os grupos continuaram recebendo tratamento oncológico com intenção paliativa, seja ele sistêmico ou localizado conforme a condição clínica de cada indivíduo.

5.7 Desfechos

Para as medidas de desfecho primário e secundário, foram utilizados os resultados relatados pelo paciente (PROMs), que são medidas de resultados diretamente informados pelo paciente e não da interpretação subjetiva do avaliador. Uma recente metanálise evidencia que os PROMs podem ser a intervenção e/ou o resultado em um julgamento, quando integrados no tratamento do câncer podem melhorar a sobrevivência geral e QVRS (BALITSKY *et al.*, 2024).

5.7.1 Desfecho primário e instrumento de coleta

A variável esperança foi avaliada pelo *Herth Hope Index* (HHI), trata-se da versão abreviada da *Herth Hope Scale* (HHS) designada especificamente para uso em cenários clínicos (ANEXO 1). A consistência interna versão original foi excelente (α de *Cronbach* de 0,97) (Herth, 1991, 1992). Traduzida, adaptada trans culturalmente em português e validada no Brasil, suas características psicométricas preencheram os critérios de boa consistência interna (α de *Cronbach* de 0,834) (Sartore; Grossi, 2008; Balsanelli; Grossi; Herth, 2010).

O instrumento breve de autorrelato HHI, avalia o constructo de esperança percebida em três fatores: temporalidade e futuro (soma dos itens 1, 2, 6 e 11); prontidão e expectativa positiva (soma dos itens 4, 7, 10 e 12); interconectividade consigo mesmo e com os outros (soma dos itens 3, 5, 8 e 9). Trata-se de uma escala *Likert* com 12 itens, que varia de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), os itens (3 e 6) com formulações negativas são pontuações reversas. O escore total é representado pela somatória do intervalo possível de 12 a 48, escore global mais elevado denota maior esperança (Herth, 1991, 1992).

Dentre os instrumentos, HHI é o mais sumarizado em revisões sistemáticas em oncologia e na análise de conceito do constructo para a prática de Enfermagem (Nierop-Van Baalen *et al.*, 2020; Salimi *et al.*, 2022; Zhao; Tong; Yang, 2022; Antunes *et al.*, 2023; Kitashita; Suzuki, 2023).

5.7.2 Desfecho secundário e instrumento de coleta

A variável QVRS foi medida pelo instrumento de autorrelato *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Palliative Care* (FACIT-Pal, versão 4), que inclui todos os elementos questionário genérico *Functional Assessment of Cancer Therapy – General* (FACT-G) e avalia os últimos sete dias (ANEXO 3). A confiabilidade da consistência interna do α de Cronbach na versão original das subescalas varia de boa a excelente (FACT-G, 0,89 e FACIT-Pal, 0,93) (Lyons *et al.*, 2010). Já a tradução do FACT-G em pacientes com câncer no Brasil foi adequada (α =0,71–0,82) (Campos *et al.*, 2016)

As cinco dimensões são mensuradas em uma escala de concordância de *Likert* que varia de 0 (nem um pouco) a 4 (muito) pontos, maiores pontuações refletem melhor QVRS. O instrumento compreende quatro domínios de bem-estar: físico (PWB: 7 itens, 0-28 pontos); social/familiar (SWB: 7 itens, 0-28 pontos), emocional (EWB: 6 itens, 0-24 pontos), funcional (FWB: 7 itens, 0-28 pontos) do instrumento genérico (FACT-G: 27 itens, 0-108 pontos) e as preocupações adicionais (PaIS: 19 itens, 0-76 pontos), que seria o domínio paliativo (Lyons *et al.*, 2010).

As subescalas resultam no *Trial Outcome Index* (TOI): PWB + FWB + PaIS = 0 a 132 pontos) e no escore total (0-184 pontos) (Lyons *et al.*, 2010). A opção de cálculo do TOI (PWB + FWB + PaIS) representa uma pontuação para resultados físicos e funcionais, frequentemente utilizada em ensaios clínicos. Visto que na QV geral é considerado o bem-estar social e emocional, os quais não se alteram de forma rápida ao longo do tempo em respostas de intervenções na saúde física (Webster; Cella; Yost, 2003).

Para todas essas subescalas, uma pontuação mais alta indica melhor QVRS, isso é possível devido à inversão das pontuações de afirmações negativas e a somatória para as respostas dos itens (Webster; Cella; Yost, 2003). Trata-se do instrumento com melhor consistência interna e confiabilidade teste-reteste para mensurar o constructo (King *et al.*, 2020), amplamente utilizada nos estudos anteriores

em Oncologia e aplicado de forma impressa, entrevista ou eletrônica (Aslakson *et al.*, 2023).

5.7.3 Variáveis biosociodemográficas dos participantes

Para caracterização da população, foi utilizado um instrumento (APÊNDICE 2) composto por informações relacionadas aos aspectos biológicos, sociais, demográficos, econômicos e profissionais. Dados pessoais: nome, telefone e endereço. Dados biológicos: sexo, idade e etnia. Dados sociodemográficos: situação de moradia, condição econômica, subsistência, conjugal e filhos, escolaridade, convicção e prática religiosa, percepção sobre estágio da doença e objetivos do tratamento, diálogo sobre esperança com equipe de saúde, uso e indicação de práticas integrativas e atividades de lazer.

5.7.4 Variáveis clínicas e relacionadas ao tratamento

Foram coletados dados clínicos (APÊNDICE 3): tabagismo, etilismo, comorbidades e tratamentos clínicos ou psiquiátricos; *performance status*, diagnóstico histológico, local de metástases; tratamento oncológico e cuidados paliativos, intercorrências relacionadas ao tratamento. Alguns desses dados foram coletados no prontuário eletrônico e posteriormente nas avaliações de seguimento (Dados Clínicos 2, APÊNDICE 4).

As variáveis da intervenção foram coletadas no diário de pesquisa clínica (APÊNDICE 5), com registro das doses, expectativa, adesão e intercorrências no uso da TFB, percepção sobre o grupo do estudo (floral ou placebo) e dos possíveis efeitos atribuídos.

5.8 Coleta de dados

Um convite (APÊNDICE 6) foi afixado na sala de espera do ambulatório de Oncologia com a divulgação de informações da pesquisa, os interessados poderiam utilizar um dispositivo de celular para leitura do *QRcode* que direcionava automaticamente o contato via *WhatsApp*® do pesquisador, no entanto poucos

utilizam esse canal. O recrutamento foi realizado de outubro de 2022 a fevereiro de 2024 e avaliação de seguimento até junho de 2024.

A maioria dos participantes foram identificados pela análise da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), que trata-se de um laudo enviado ao SUS para indicar a necessidade de procedimentos de alto custo e solicitar autorização para posterior pagamento. Nela consta informações de identificação, dados clínicos (tipo de câncer, estadiamento, progressão da doença e local de metástases) e tratamentos (anteriores, linhas, intenção e atual). As etapas e instrumentos de coleta de dados estão ilustrados na Figura 5.

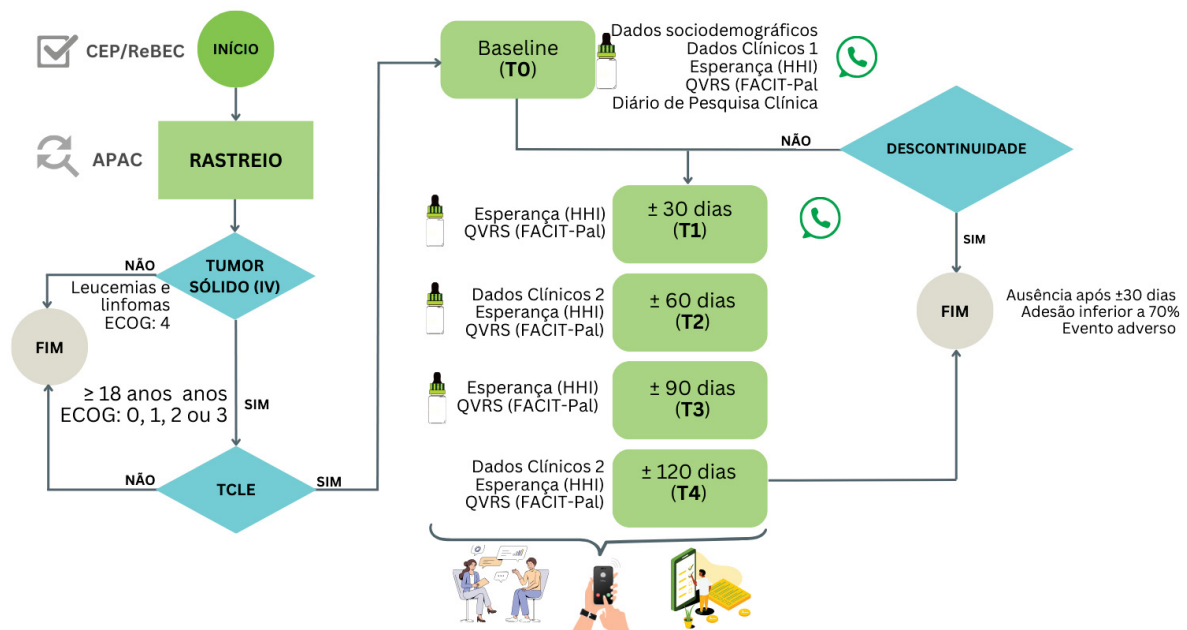
Após a identificação e confirmação dos critérios de elegibilidade em prontuário eletrônico, os possíveis participantes foram abordados pelo pesquisador de campo e convidados a participação se atendessem os critérios de inclusão/exclusão.

A inclusão de todos os participantes foi realizada presencialmente no ambulatório de oncologia, os procedimentos e etapas da pesquisa eram explicados, caso aceite foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a via do pesquisador foi assinada com caneta digital ou dispositivo com tela sensível ao toque (notebook e celular) e armazenada no REDCap®, uma via impressa foi entregue ao participante.

Na inclusão, após assinatura do TCLE (APÊNDICE 1), foram aplicados presencialmente os instrumentos para caracterização biosociodemográfica (APÊNDICE 2), levantamento de dados clínicos (APÊNDICE 3), avaliação da esperança (ANEXO 1), da QVRS (ANEXO 3) e entregue o diário de pesquisa clínica (APÊNDICE 5) para registro no domicílio. Durante os dois primeiros meses após a inclusão, os participantes recebiam uma de mensagens de texto padronizada via WhatsApp® duas vezes por semana com lembrete para estimular adesão.

Nos dias ± 30 após a inclusão e ± 90 , foram avaliados a esperança (ANEXO 1), QVRS (ANEXO 3) e recolhidos os diários de pesquisa clínica (APÊNDICE 5), caso não preenchidos as informações do instrumento eram coletadas com o participante. No seguimento dos participantes, nos dias ± 60 (metade) e ± 120 (final), novamente foram avaliados a esperança (ANEXO 1), QVRS (ANEXO 3) e atualização dos dados clínicos (APÊNDICE 4).

FIGURA 5 – FLUXOGRAMA E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS



FONTE: O autor (2025).

Após a inclusão e até o encerramento, diferentes modalidades de coleta de dados foram necessárias, entre elas, contato pessoal, via telefone por chamada de voz, ou link para preenchimento online (Webster; Cella; Yost, 2003). Tais ajustes estão em conformidade com a literatura anteriormente citada e foram necessárias para minimizar o deslocamento do participante até o ambulatório devido às limitações da condição clínica, reduzir custo com transporte, assegurar maior comodidade e atender a preferência do participante. Os novos frascos foram entregues presencial ou por serviços de *delivery*.

5.9 Análise dos dados

Os dados foram exportados do REDCap® e analisados com o uso do software SPSS® 20. As variáveis contínuas dos dados biosociodemográficos e clínicos foram expressas em média (desvio padrão) ou mediana e as variáveis categóricas foram expressas por meio de frequências (%). Para verificação da homogeneidade entre os grupos, foram utilizados os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher para as variáveis qualitativas e o Mann-Whitney para as variáveis quantitativas.

Para análise da esperança, foram considerados as três subescalas propostas no HHI: cognitivo-temporal (questões 1, 2, 6 e 11), afetivo-comportamental (questões

4, 7, 10 e 12) e afiliativo-contextual (questões 3, 5, 8, 9), as questões 3 e 6 são de pontuações reversas. As somativas podem variar de 12 a 48, uma pontuação mais elevada é indicativa de maior esperança (Herth, 1992; Robles-Bello; Sánchez-Teruel, 2023).

Na análise da QVRS, foram consideradas as orientações do grupo *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT). Foram calculadas as pontuações de cada uma das cinco domínios (PWB, EWB, SWB, FWB e PalS) e das três pontuações globais (FACT-G, TOI e FACIT-Pal) (Cella; Nowinski, 2002).

Foi considerado no método de análise, projeção e interpretação dos dados o princípio da intenção de tratar. O qual tem por objetivo manter o efeito da randomização e evitar viés de seleção, mesmo dos participantes que foram descontinuados por não adesão, estes continuam pertencentes ao braço da intervenção aos quais foram inicialmente randomizados. A consequência dessa estratégia é que todos os pacientes inscritos são considerados na análise, além disso refletir a prática clínica diária, preserva o equilíbrio entre os braços e mantém inalterado o poder do estudo, por não excluir nenhum participante da análise (Tripepi *et al.*, 2020).

Para a avaliação da intervenção nos desfechos foi utilizado o Modelo Linear Misto Generalizado (GLMM), para modelagem dos dados longitudinais ao longo do tempo e grupos, por permitir o controle da variabilidade entre os participantes e principalmente por ser robusto em ajustar a perda de dados devido aos critérios de descontinuidade dos estudos clínicos. Associado a matriz de covariância não estruturada para modelar a estrutura de erros ou efeitos aleatórios em medidas repetidas e identificar a dependência dos dados observados no intervalo temporal (Stroup; Ptukhina; Garai, 2024).

Nas comparações destas diferentes modelagens foi adotado o Critério de Informação de Akaike (AIC) para apontar a eficiência do modelo, equilibrando a qualidade do ajuste e a simplicidade. Nas comparações múltiplas entre grupos e tempo, foi aplicado o teste de Bonferroni. Para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativas entre os grupos dos pacientes que concluíram todas as etapas do estudo foi aplicado o teste Friedman.

As correlações entre os escores de esperança e FACIT-PAL foram verificadas pelo coeficiente de Spearman. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

5.10 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, sob parecer consubstanciado nº 5.204.355 (ANEXO 5) e Registros Brasileiros de Ensaio Clínicos Randomizados (ReBEC) sob nº RBR-8q6z6kq (ANEXO 6).

Todos os procedimentos de investigação que os participantes foram submetidos, buscaram minimizar os possíveis riscos. Previamente ao convite, todos os participantes foram orientados quanto aos objetivos, benefícios e riscos da mesma e quando concordaram em participar da pesquisa foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma digital e armazenado no REDCap®, uma via impressa foi entregue para o participante (APÊNDICE 1).

Foram assegurados os direitos à dignidade das pessoas e ao anonimato das informações fornecidas, bem como respeitados e garantidos os princípios da autonomia, beneficência, justiça, e equidade para os participantes conforme a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013).

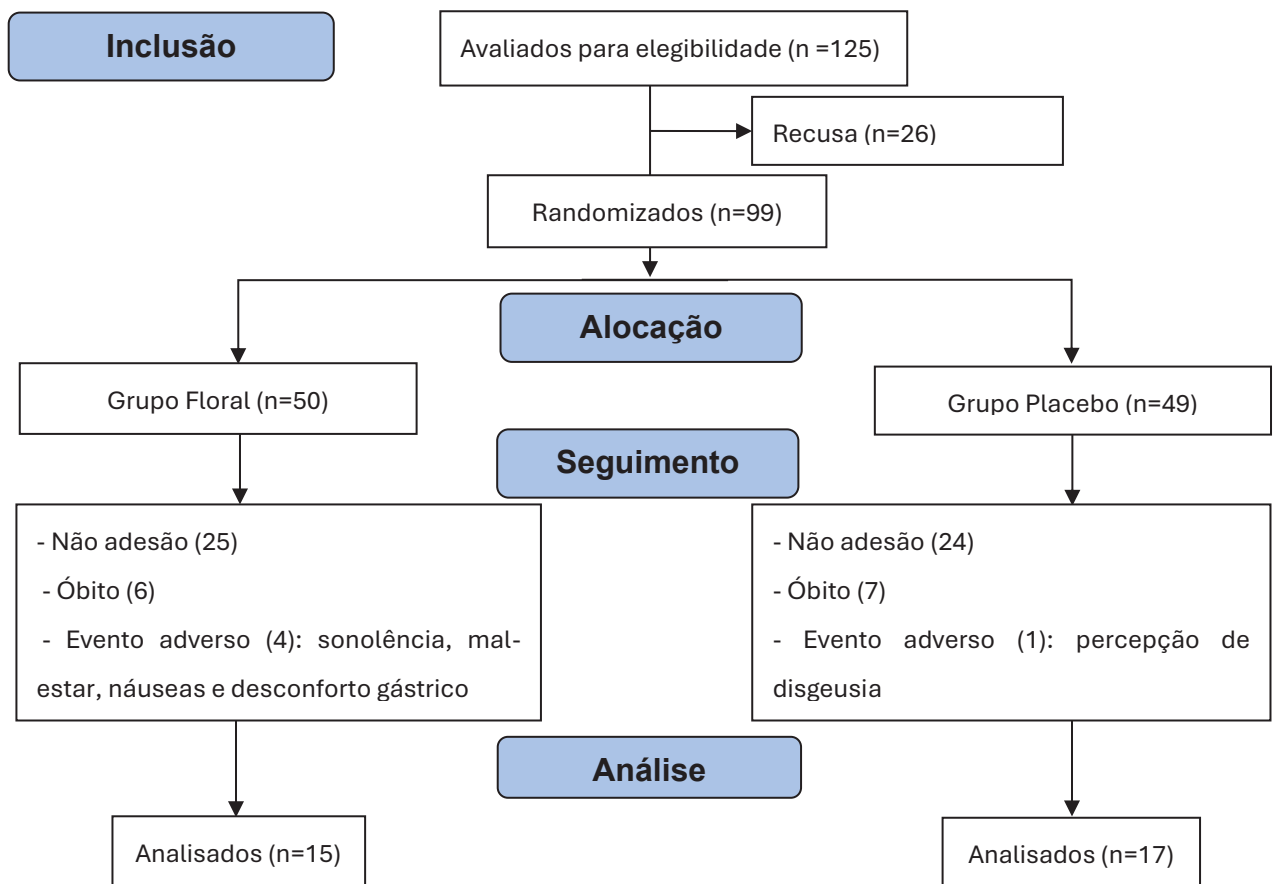
Os dados foram capturados e armazenados de forma eletrônica no REDCap®, sejam eles pessoais, sensíveis ou anonimizados dos participantes. Dados de contato (nome, telefone e endereço) foram temporariamente mantidos no celular do pesquisador protegido por senha, para comunicação via *WhatsApp*® ou chamada de voz. Após o período de contato necessário durante a pesquisa, todas as informações foram apagadas celular.

Todos os dados foram mantidos apenas no banco de dados eletrônico do REDCap®, armazenados em nuvem e protegido por senha de conhecimento apenas do pesquisador, quando exportados para análise estatística foi realizada a anonimização dos dados pessoais. Para assim estar de acordo com a Lei Nº 13.709 de 2018 de Proteção de Dados Pessoais.

6 RESULTADO

Foram recrutados 125 participantes elegíveis no período de outubro de 2022 a fevereiro de 2024, houve recusa por 26 deles, motivadas pelos relatos de descredito/desconhecimento da TFB, associação da terapia com práticas religiosas e exposição a mais um tratamento sem sucesso e falta de tempo. Os 99 participantes foram randomizados para a alocação no GF (n=50) ou GP (n=49), respectivamente (n=25) e (n=24) foram descontinuados em diferentes etapas do estudo, predominantemente nas iniciais T₁ e T₂ (± 30 dias e 60 dias após a inclusão) devido a não adesão por esquecimentos, relato verbal da não percepção do efeito ou não atenderam às ligações ou mensagens enviadas. Assim, 32 participantes concluíram todas as etapas do protocolo de pesquisa, no GF (n=15) e no GP (n=17). A Figura 6 apresenta o fluxo dos participantes de acordo as diretrizes CONSORT.

FIGURA 6 – FLUXOGRAMA DO ENSAIO CLÍNICO (CONSORT)



FONTE: O autor (2025)

No total, cinco participantes foram descontinuados devido ao relato de evento adverso, como sonolência, mal-estar e desconforto gástrico, dadas as toxicidades prévias ou terapia sistêmica emetogênica, o nexo causal dos eventos não pôde ser precisamente esclarecido. Os 13 óbitos ocorridos foram decorrentes da progressão da doença ou complicações clínicas relacionadas ao tratamento paliativo, sem relação com a intervenção.

6.1 Caracterização biossociodemográfica

As características biológicas dos 99 pacientes foram compostas principalmente por mulheres 72,7% (n=72), com média de idade de 57,2±12,3 anos e predominantemente 66,7% (n=66) da raça branca.

Em relação aos dados sociodemográficos, similaridade entre os grupos em relação ao estado conjugal, 50% (n=50,5) tinham parceiros, média de 2,3±1,6 filhos, 46,5% (n=46) com nível de escolarização até o ensino fundamental, em 77,8% (n=77) a renda foi proveniente de benefícios previdenciários, sendo 66,7% (n=66) com montante renda familiar entre US\$ 262 a 786², para sustentar uma média de 3±1,5 pessoas.

A prática religiosa foi consistente afirmada por 84,8% (n=84) quase a maioria dos participantes, com predomínio pela religião católica 60,6% (n=60). Já em relação às atividades de lazer reportadas pelos participantes, foi relativamente similar em termos absolutos entre os grupos, somatório de 46% (n=102) nas interações sociais e virtuais, seguido de 14,3% (n=31) atividades artísticas/manuais e 13,4% (n=29) da contemplação/ócio.

Para todas as variáveis analisadas na Tabela 1, foi comprovada a homogeneidade estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os grupos.

² Valores com base no salário-mínimo de (R\$) 1.320,00 e cotação do dólar de US\$ 5,0343 em 2023.

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS BISSOCIODEMOGRÁFICAS BASAIS DOS PARTICIPANTES NO GRUPO FLORAL (GF) E PLACEBO (GP). CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

Variáveis	Total (n=99)		GF (n=50)		GP (n=49)		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sexo							0,052 ^b
Mulheres	72	72,7	32	64,0	40	81,6	
Homens	27	27,3	18	36,0	9	18,4	
Idade em anos ($\bar{x} \pm DP$)	57,2 $\pm$ 12,3		56,0 $\pm$ 10,7		58,5 $\pm$ 13,6		0,31 ^a
Raça							0,31 ^b
Branca	66	66,7	36	72,0	30	61,2	
Parda	22	22,2	10	20,0	12	24,5	
Preta	10	10,1	3	6,0	7	14,3	
Amarela	1	1,0	1	2,0	0	0,0	
Situação Conjugal							0,77 ^b
Casado/união estável	50	50,5	26	52,0	24	49,0	
Separado/divorciado	22	22,2	12	24,0	10	20,4	
Solteiro	15	15,2	8	16,0	7	14,3	
Viúvo	12	12,1	4	8,0	8	16,3	
Filhos ($\bar{x} \pm DP$)	2,3 $\pm$ 1,6		2,4 $\pm$ 1,5		2,2 $\pm$ 1,7		0,54 ^a
Escolaridade							0,92 ^b
Analfabeto	3	3,0	0	0,0	3	6,1	
Fundamental incompleto/completo	46	46,5	25	50,0	21	42,9	
Médio incompleto/completo	32	32,3	16	32,0	16	32,7	
Superior incompleto/completo	18	18,2	9	18,0	9	18,4	
Situação laboral							0,31 ^b
Aposentado/pensionista	77	77,8	36	72,0	41	83,7	
Autônomo/Empregado	9	9,1	7	14,0	2	4,1	
Do lar	9	9,1	5	10,0	4	8,2	
Desempregado (a)/ Outras	4	4,0	2	4,0	2	4,1	
Rendimento familiar							0,52 ^b
Sem renda/até 1 salário-mínimo (<US\$ 262)	7	7,1	5	10,0	2	4,0	
1 a 3 salários-mínimos (US\$ 262 a 786)	66	66,7	31	62,0	35	71,4	
4 a 10 salários-mínimos (US\$786 a \$ 2.620)	23	23,2	14	28,0	9	18,4	
> 10 salários-mínimos (>US\$ 2.620)	3	3,0	0	0,0	3	6,1	
Pessoas sustentadas ($\bar{x} \pm DP$)	3 $\pm$ 1,5		3 $\pm$ 1,4		3 $\pm$ 1,5		1,0
Prática Religiosa							0,28 ^b
Sim	84	84,8	40	80,0	44	89,8	
Não	15	15,2	10	20,0	5	10,2	

(continua)

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS BASAIS DOS PARTICIPANTES NO GRUPO FLORAL (GF) E PLACEBO (GP). CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

Variáveis	Total (n=99)		GF (n=50)		GP (n=49)		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
							(conclusão)
Religião							0,31 ^b
Católico(a)	60	60,6	34	68,0	26	53,1	
Evangélico(a)	32	32,3	13	26,0	19	38,8	
Espírita	2	2,0	0	0,0	2	4,1	
Sem informação	5	5,1	3	6,0	2	4,1	
Atividades de lazer*							0,93 ^b
Artística/Manuais	31	14,3	16	14,4	15	14,2	
Turística	26	12,0	14	12,6	12	11,3	
Físico/esportivos	9	4,1	4	3,6	5	4,7	
Intelectuais	12	5,5	4	3,6	8	7,5	
Sociais	51	23,5	27	24,3	24	22,6	
Virtuais	51	23,5	27	24,3	24	22,6	
Contemplação/Ócio	29	13,4	14	12,6	15	14,2	
Nenhuma	8	3,7	5	4,5	3	2,8	

Legenda: x: média; DP: Desvio padrão; ^aTeste Mann-Whitney; ^bTeste Qui-quadrado ou exato de Fisher; * Variáveis com múltiplas respostas.

FONTE: O autor (2025).

6.2 Caracterização clínica e terapêutica

Em relação às características clínicas dos 99 pacientes, 39,4% (n=39) da amostra tinham câncer de mama. No entanto, no GP o câncer de mama representou quase a metade dos participantes 46,9% (n=23), diferente do GF em que dois tipos de doença ultrapassam a metade da amostra, 32% (n=16) mama e 32% (n=16) colorretal, mesmo assim os grupos foram homogêneos quanto a doença.

A maioria dos participantes apresentava mais de um sítio de metástase e similaridades na sua prevalência, a distribuição obedeceu à proporção para amostra total, GF e GP em linfonodos (41%; 40% e 43%), óssea (39,4%; 34% e 45%), pleura/pulmão (36,4%; 42% e 31%) e hepática (33,3%; 42% e 24%).

Quanto desempenho funcional do ECOG, 85,8% (n=85) foi a somatória dos classificados com sintomas da doença ou atividade normal, porém ainda relativamente funcionais. O Índice de Comorbidade de Charlson, que é um indicador amplamente

utilizado para avaliar o estado geral de saúde e prever a mortalidade, o escore total de $8,0 \pm 1,7$ é indicativo de menor eficácia do tratamento e menor sobrevida global.

Apesar dos múltiplos tratamentos, quase a totalidade dos participantes nos GF e GP estava em tratamento sistêmico com quimioterapia paliativa, respectivamente 92% (n=46) e 87,8 (n=43). Embora todos os participantes fossem diagnosticados com CA, apenas seis (9,4%) no GF e um (1,8%) no GP eram concomitantemente acompanhados por equipes de CP.

Em relação aos demais aspectos de saúde, 59,6% (n=59) faziam uso de até quatro tipos de medicamentos diferentes, 39,6% (n=38) eram diagnosticados transtornos depressivos e ansiedade, sendo que 59,6% (n=31) estava em tratamento. Todas as características foram homogêneas ($p > 0,05$) entre os grupos e podem ser visualizadas na Tabela 2.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES NO GF E GP. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

Variáveis	Total (n=99)		GF (n=50)		GP (n=49)		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Diagnóstico histológico de câncer							0,07 ^b
Bexiga	2	2,0	0	0,0	2	4,1	
Cólon e reto	19	19,2	16	32,0	3	6,1	
Corpo e colo do útero	4	4,0	1	2,0	3	6,1	
Esôfago e Estômago	7	7,1	4	8,0	3	6,1	
Mama	39	39,4	16	32,0	23	46,9	
Ovário	8	8,1	3	6,0	5	10,2	
Próstata	4	4,0	1	2,0	3	6,1	
Pâncreas/Vias Biliares	6	6,1	3	6,0	3	6,1	
Traqueia, brônquio e pulmão	7	7,1	4	8,0	3	6,1	
Outras localizações	3	3,0	2	4,0	1	2,0	
Metástases*							0,51 ^b
Adrenal e Renal	4	4,0	1	2,0	3	6,0	
Gastrointestinal	1	1,0	0	0,0	1	2,0	
Hepática	33	33,3	21	42,0	12	24,0	
Linfonodos	41	41	20	40	21	43,0	
Óssea	39	39,4	17	34,0	22	45,0	
Pele	6	6,1	4	8,0	2	4,0	

(continua)

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES NO GF E GP. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

Variáveis	Total (n=99)		GF (n=50)		GP (n=49)		p
	n	(%)	n		n	(%)	
							(conclusão)
Peritônio	26	26,3	12	24,0	14	29,0	
Pleura e Pulmão	36	36,4	21	42,0	15	31,0	
Sistema Nervoso Central	7	7,1	5	10,0	2	4,0	
Outras	21	21,2	12	24,0	9	18,0	
Desempenho funcional (ECOG)							0,970 ^b
0 – Atividade normal	14	14,1	8	16,0	6	12,2	
1 – Sintomas da doença, mas deambula	71	71,7	35	70,0	36	73,5	
2 – Fora do leito mais de 50% do tempo	11	11,1	5	10,0	6	12,2	
3 – No leito mais de 50% do tempo	3	3,0	2	4,0	1	2,0	
Índice de Comorbidade de Charlson ($\chi \pm DP$)	8,0	1,7	7,7	1,7	8,0	1,7	0,38 ^a
Tratamento*							0,250 ^b
Cirurgia Paliativa	2	2,0	1	2,0	1	2,0	
Cuidados Paliativos	7	7,1	6	12,0	1	2,0	
Hormonioterapia	10	10,1	4	8,0	6	12,2	
Imunoterapia	6	6,1	3	6,0	3	6,1	
Quimioterapia Paliativa	89	89,9	46	92,0	43	87,8	
Radioterapia Paliativa	2	2,0	2	4,0	0	0,0	
Reavaliação e acompanhamento	5	5,1	2	4,0	3	6,1	
Medicamentos de uso contínuo							0,48 ^b
Não polifarmácia: até 4 medicamentos	59	59,6	31	62,0	28	56,0	
Polifarmácia Menor: 5 a 9 medicamentos	33	33,3	17	34,0	16	32,0	
Polifarmácia Maior: > 10 medicamentos	7	7,1	2	4,0	5	10,0	
Diagnóstico em Saúde Mental*							0,23 ^b
Nenhum	44	45,8	22	46,8	22	44,9	
Depressão/Ansiedade	38	39,6	21	44,7	17	34,7	
Insônia	11	11,5	3	6,4	8	16,3	
Neurocognitivos/Personalidade/Psicoativos	3	3,1	1	2,1	2	4,1	
Tratamentos em Saúde Mental*							0,340 ^b
Antidepressivos/ansiolíticos	31	59,6	16	32,0	15	30,6	
Sedativos-hipnóticos	17	32,7	7	14,0	10	20,4	
Psicoterapia	3	5,8	1	2,0	2	7,1	
Estabilizadores de humor	1	1,9	0	0,0	1	2,0	

Legenda: x: média; DP: Desvio padrão; ^aTeste Mann-Whitney; ^bTeste Qui Quadrado ou exato de Fisher; *Variável com mais de uma resposta.

FONTE: O autor (2025).

No que se refere a percepção sobre o estadiamento clínico, 50,5% (n=50) reportaram a consciência ao estadiamento avançado da doença, apenas 29,3% (n=29) compreendiam que a intenção do tratamento era paliativa. Ainda assim, praticamente a totalidade 99% (n=98) acreditavam a esperança é uma importante aliada no enfrentamento do CA, a qual é dialogada em 54,8% (n=46) com os familiares, e ela foi minoritariamente avaliada/discutida em 52,4% (n=11) com profissionais médicos, conforme apontados na Tabela 3.

Em quase a totalidade da amostra a TNF não foi indicada por profissionais de saúde 93,9% (n=93), dentre o reduzido número de 12,1% dos (n=12) participantes que fazem uso de TNF concomitante ao tratamento convencional, em ordem decrescente foi relatado plantas/fitoterapia, reiki, homeopatia, aromaterapia, técnicas manipulativas, meditativas e terapia floral, em suas diferentes combinações (Tabela 3).

TABELA 3 – AUTOPERCEPÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DOS PARTICIPANTES.
CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

Variáveis	Total (n=99)		GF (n=50)		GP (n=49)		p*
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Autopercepção do estágio da doença							0,12
Avançado	50	50,5	22	44,0	28	57,1	
Desconhece	31	31,3	16	32,0	15	30,6	
Inicial	15	15,2	11	22,0	4	8,2	
Terminal	3	3,0	1	2,0	2	4,1	
Autopercepção dos objetivos do tratamento							0,60
Curativo	33	33,3	16	32,0	17	34,7	
Desconhece	37	37,4	21	42,0	16	32,7	
Paliativo	29	29,3	13	26,0	16	32,7	
Acredita que a esperança pode auxiliar no enfrentamento do câncer							0,000 ^b
Sim	98	99,0	49	98,0	49	100,0	
Não	1	1,0	1	2,0	0	0,0	
Diálogo sobre a esperança durante o tratamento							0,34 ^b
Família	46	54,8	25	61,0	21	48,8	
Amigos	20	23,8	9	22,0	11	25,6	
Outros pacientes	4	4,8	0	0,0	4	9,3	
Orientador espiritual	12	14,3	6	14,6	6	14,0	
Outros	2	2,4	1	2,4	1	2,3	

(continua)

TABELA 3 – AUTOPERCEPÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DOS PARTICIPANTES. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

Variáveis	Total (n=99)		GF (n=50)		GP (n=49)		p
	n	(%)	n		n	(%)	
							(conclusão)
Avaliação/diálogo sobre a esperança por profissional de saúde							0,29 ^b
Enfermagem	4	19,0	2	28,6	2	14,3	
Medicina	11	52,4	2	28,6	9	64,3	
Psicologia	5	23,8	3	42,9	2	14,3	
Farmacêutico	1	4,8	0	0,0	1	7,1	
Indicação de Terapia não Farmacológica por profissional de saúde							0,012 ^b
Sim	6	6,1	0	0,0	6	12,0	
Não	93	93,9	50	100,0	43	86,0	
Uso de Terapia não Farmacológica*							-
Aromaterapia	2	12,5	1	14,3	1	11,1	
Florais	1	6,3	1	14,3	0	0,0	
Homeopatia	2	12,5	1	14,3	1	11,1	
Massagens	1	6,3	0	0,0	1	11,1	
Meditação	1	6,3	1	14,3	0	0,0	
Plantas/fitoterapia	5	31,3	2	28,6	3	33,3	
Reiki	3	18,8	1	14,3	2	22,2	
Yoga	1	6,3	0	0,0	1	11,1	

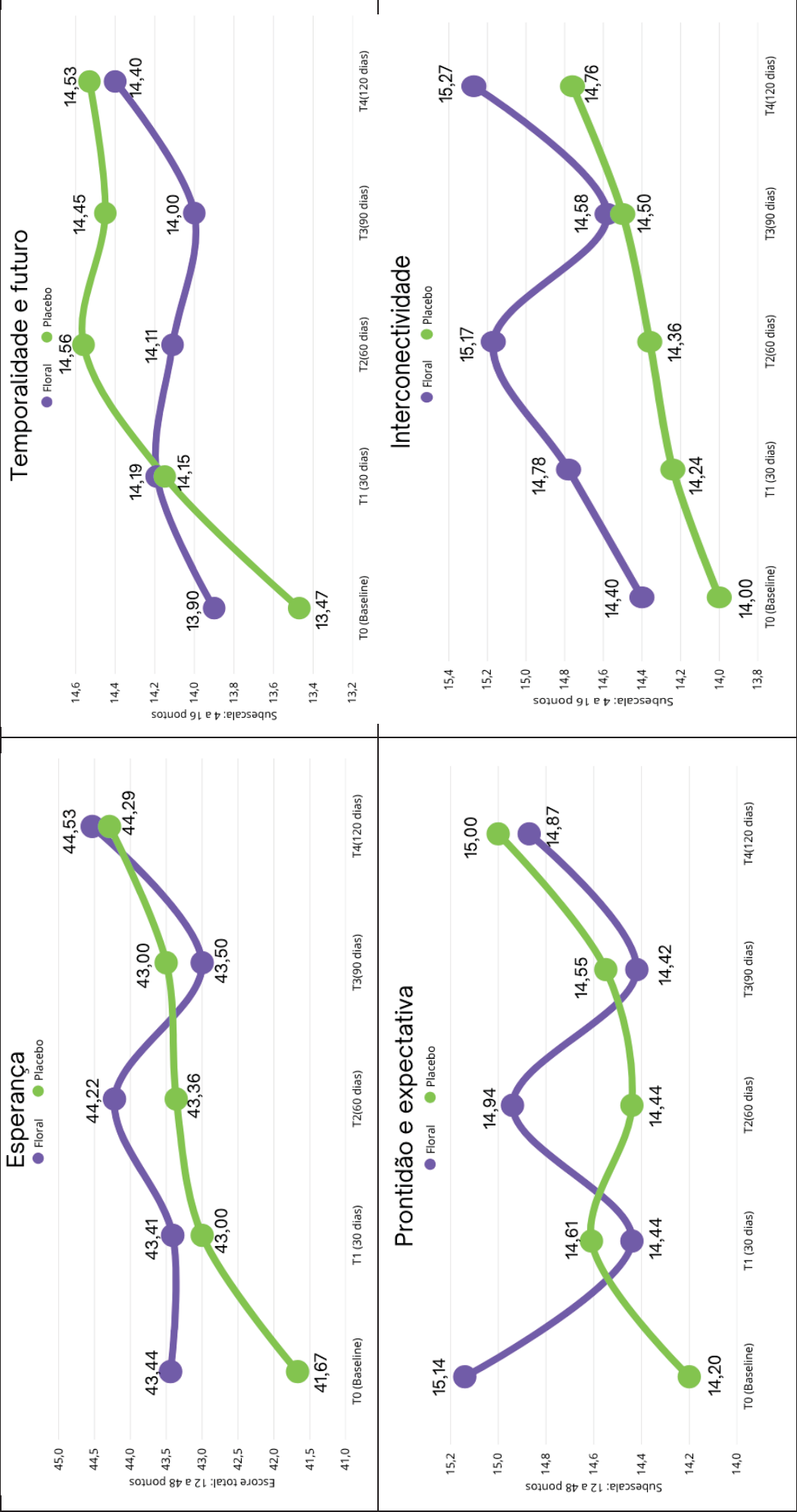
Legenda: ^aTeste Mann-Whitney; ^bTeste Qui-quadrado ou exato de Fisher; *Variável com mais de uma resposta.

FONTE: O autor (2025).

6.3 Análises do desfecho na esperança

Em relação à esperança (HHI) observou-se que os participantes ingressam com escore geral e das subescalas elevado, que se manteve durante o seguimento. No GF, média (T_0) de $43,4 \pm 3,7$ com oscilações mais evidentes durante o seguimento (T_2 e T_3) e finaliza (T_4) com $44,5 \pm 4,0$. No GP, ingressam (T_0) com média $41,7 \pm 4,59$ discretamente mais baixa, apesar da variação de dois pontos durante o seguimento (T_1 a T_3) ela é menos flutuante em relação ao GP e manteve uma média de $44,3 \pm 4,59$ na avaliação final. A tendência apresentada no escore total do instrumento é semelhante nas subescalas e podem ser visualizadas na Tabela 4 e Figura 7.

FIGURA 7 – AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS DO ESCORE E SUB ESCALAS DE ESPERANÇA (HHI). CURITIBA (PR), BRAZIL, 2025



FONTE: O autor (2025).

Na análise da esperança, no GP foi significativo ($p=0,037$) no escore total pelo teste não paramétrico que considera apenas os participantes que concluíram todas as etapas. Baseado na análise com o modelo linear misto generalizado (GLMM) não mostra diferença entre os grupos ($p=0,977$, $p=0,542$, $p=0,815$ e $p=0,104$). Mesmo com a significância ($p=0,024$) em relação ao tempo no escore total e na subescala cognitivo temporal ($p=0,021$), não se confirma o efeito da intervenção na esperança (Tabela 4).

TABELA 4 – ANÁLISE DO DESFECHO PRIMÁRIO NA ESPERANÇA (HHI) E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

Grupo	Tempo	n	Escore total			Temporalidade e futuro			Prontidão e expectativa			Interconectividade		
			Média	DP	p	Média	DP	p	Média	DP	p	Média	DP	p
Total	T ₀ – Baseline	50	43,44	3,70		13,90	1,84		15,14	1,47		14,40	1,62	
	T ₁ – 30 dias	27	43,41	4,69		14,19	1,92		14,44	2,17		14,78	1,45	
	T ₂ – 60 dias	18	44,22	3,10		14,11	1,81		14,94	1,16		15,17	1,04	
	T ₃ – 90 dias	19	43,00	4,82		14,00	1,76		14,42	1,74		14,58	1,71	
	T ₄ – 120 dias	15	44,53	4,00	0,977 ¹	14,40	1,76	0,542 ¹	14,87	1,55	0,815 ¹	15,27	0,96	0,104 ¹
Placebo	T ₀ – Baseline	49	41,67	4,59	0,024 ²	13,47	2,13	0,021 ²	14,20	1,98	0,111 ²	14,00	1,76	0,075 ²
	T ₁ – 30 dias	33	43,00	4,05	0,069 ³	14,15	1,87	0,167 ³	14,61	1,60	0,088 ³	14,24	1,46	0,672 ³
	T ₂ – 60 dias	25	43,36	4,51		14,56	1,80		14,44	1,71		14,36	1,66	
	T ₃ – 90 dias	20	43,50	4,06		14,45	1,39		14,55	1,54		14,50	1,67	
	T ₄ – 120 dias	17	44,29	3,48		14,53	1,33		15,00	1,32		14,76	1,48	
Total		273	43,20	4,19		14,07	1,84		14,64	1,70		14,48	1,57	

Legenda: ¹⁻³Valor de p com base no modelo estatístico GLMM em relação ao grupo¹, tempo² e grupo versus tempo³

FONTE: O autor (2025).

6.4 Análises do desfecho na QVRS

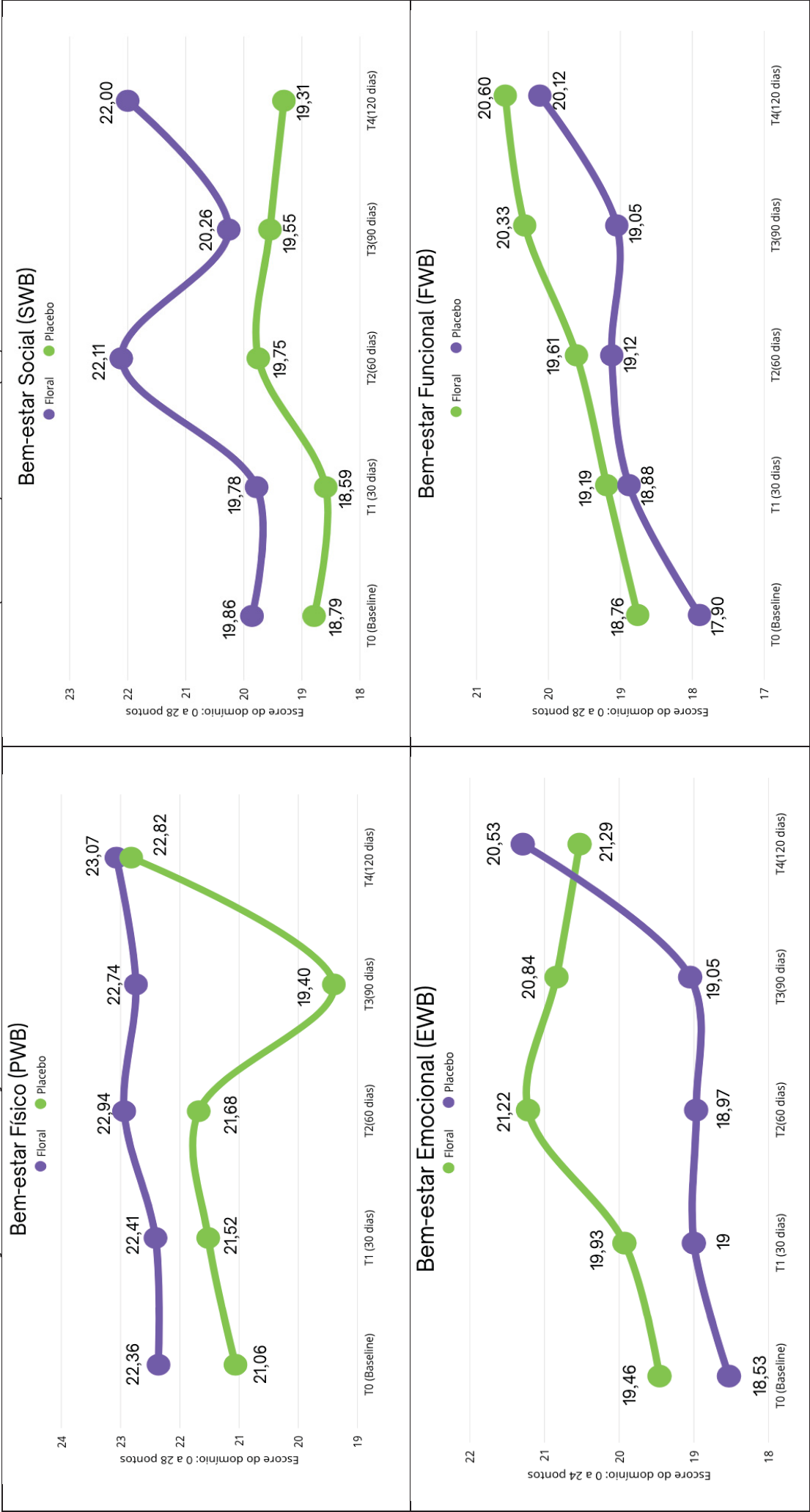
Nos gráficos (Figuras 8 e 9), é possível observar que os participantes do GF e GP apresentaram discreta melhora nos escores da QVRS avaliada pelo instrumento FACIT-Pal, em todos os domínios foi observado uma variação crescente quando comparados os dados do *baseline* (T₀) com a avaliação final (T₄).

No bem-estar físico (PWB), social (SWB), emocional (EWB) e funcional (FWB) e preocupações adicionais (PalS) os participantes do GF em (T₄) apresentam escores de dois a três pontos superiores ao (T₀), em alguns deles parece existir um pico em (T₃). Já no GP, os participantes ingressam (T₀) com escores discretamente inferiores em todos os domínios citados, apesar das oscilações é observado uma ascensão e encerram (T₄) com escores discretamente inferiores ao GP, exceto no bem-estar emocional (Figuras 8 e 9).

Consequentemente, a tendências de melhora no escore dos domínios, mesmo com as oscilações refletiu nas subescalas (FACT-G e TOI) e total (FACIT-Pal), indicativo de melhora na QVRS em ambos os grupos. A maior diferença entre os grupos é apresentada no escore total, a média (T₀) do GF foi de 141,3±25,5 e no GP 133,7±25,4, apesar das variações mais evidentes durante o seguimento (T₂ e T₃) os grupos finalizam (T₄) com uma diferença muito sutil, no GF média de 150,6±36,6 e no GP com 148,9±13,9 (Figuras 9 e Tabela 5).

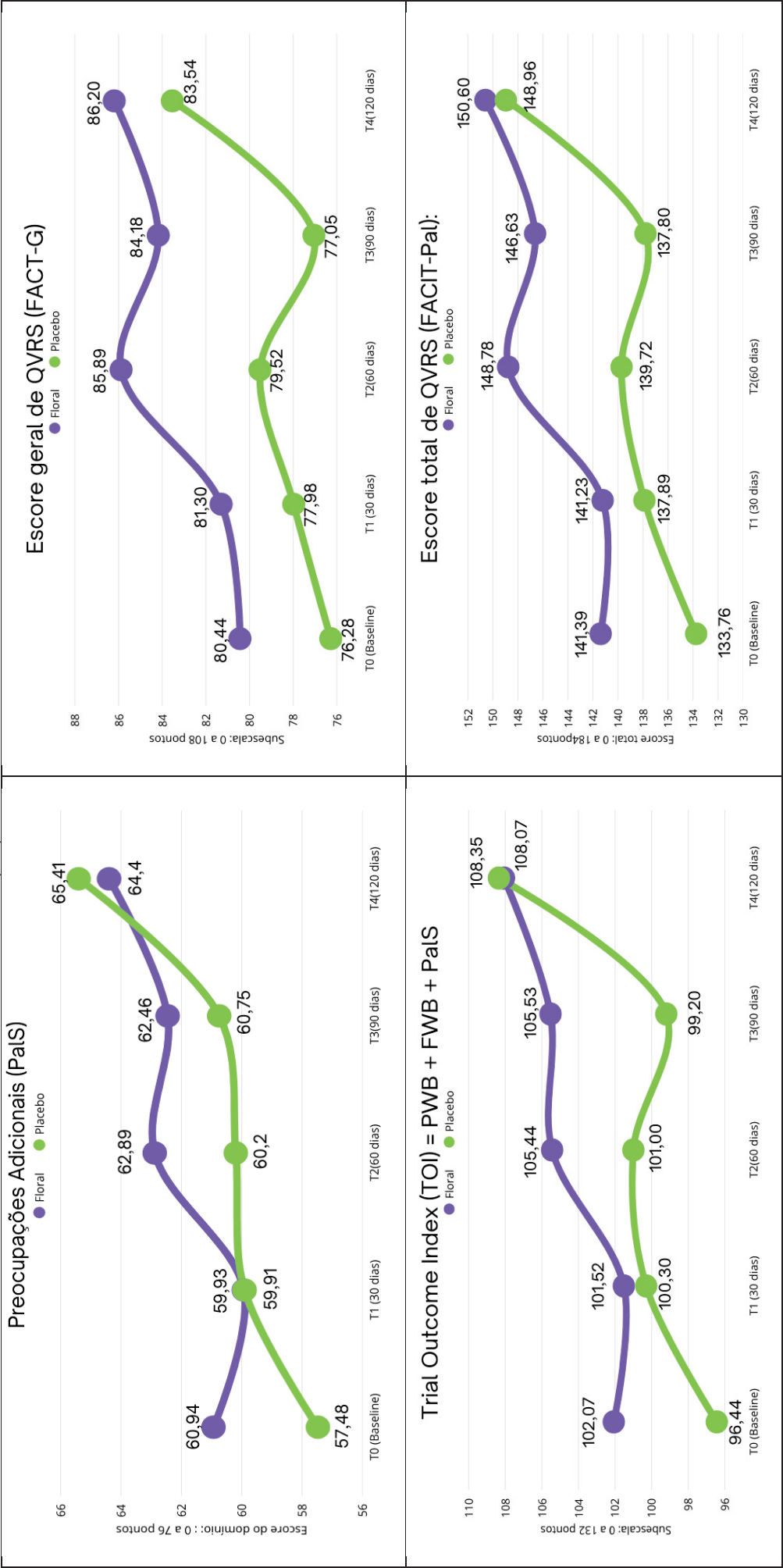
Na análise desse constructo, no GP foi significativo (p=0,004) apenas no domínio de bem-estar emocional (EWB) baseado no teste não paramétrico que considera apenas os participantes que concluíram todas as etapas. No entanto, quando analisados os diferentes domínios, subescalas e escore total da QVRS com base na aplicação do GLMM foi estatisticamente significativo em relação ao tempo apenas no bem-estar social (p=0,022) e específico (p=0,049), sem diferença entre os grupos ou grupo *versus* tempo para os demais domínios ou escalas, fato que não confirma o efeito da intervenção na QVRS (Tabela 5).

FIGURA 8 – AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS DOS DOMÍNIOS DE QVRS (FACIT-PAL). CURITIBA (PR), BRAZIL, 2025



FONTE: O autor (2025).

FIGURA 9 – AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS DO DOMÍNIO PALIATIVO, SUBESCALAS E ESCORE TOTAL DE QVRS (FACIT-PAL).
CURITIBA (PR), BRAZIL, 2025



FONTE: O autor (2025).

TABELA 5 – ANÁLISE DO DESFECHO SECUNDÁRIO NA QVRS (FACIT-PAL) E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

Grupo	Tempo	Bem-estar físico (PWB)			Bem-estar social (SWB)			Bem-estar emocional (EWB)			Bem-estar funcional (FWB)			
		n	Média	DP	p	Média	DP	p	Média	DP	p	Média	DP	p
Floral	T ₀ – Baseline	50	22,36	4,77		19,86	5,13		19,46	4,41		18,76	6,04	
	T ₁ – 30 dias	27	22,41	5,55		19,78	5,40		19,93	5,05		19,19	6,22	
	T ₂ – 60 dias	18	22,94	5,34	0,70 ¹	22,11	4,60	0,23 ¹	21,22	2,62	0,66 ¹	19,61	5,65	0,53 ¹
	T ₃ – 90 dias	19	22,74	5,75		20,26	5,76		20,84	3,79		20,33	6,32	
	T ₄ – 120 dias	15	23,07	5,51	0,225 ² 0,168 ³	22,00	5,92	0,160 ² 0,022 ³	20,53	4,29	0,229 ² 0,117 ³	20,60	7,32	0,885 ² 0,710 ³ 0,974 ⁴
Placebo	T ₀ – Baseline	49	21,06	5,35	0,317 ⁴	18,79	5,33	0,174 ⁴	18,53 b	4,78		17,90	5,46	
	T ₁ – 30 dias	33	21,52	5,52		18,59	5,11		19,00 ab	3,78		18,88	4,17	
	T ₂ – 60 dias	25	21,68	4,81	0,21 ¹	19,75	4,02	0,41 ¹	18,97 ab	3,66	0,04 ¹	19,12	4,39	0,52 ¹
	T ₃ – 90 dias	20	19,40	5,86		19,55	4,62		19,05 ab	3,41		19,05	4,49	
	T ₄ – 120 dias	17	22,82	3,47		19,31	4,37		21,29 a	2,64		20,12	4,37	
		Preocupações adicionais (PaIS)			QVRS geral (FACT-G)			Trial Outcome Index (TOI)			Escore total (FACIT-Pal)			
	Tempo	n	Média	DP	p	Média	DP	p	Média	DP	p	Média	DP	p
Floral	T ₀ – Baseline	50	60,94	10,43		80,44	16,29		102,07	18,52		141,39	25,50	
	T ₁ – 30 dias	27	59,93	13,00		81,30	19,91		101,52	23,25		141,23	32,08	
	T ₂ – 60 dias	18	62,89	9,96	0,32 ¹	85,89	15,83	0,46 ¹	105,44	18,81	0,21 ¹	148,78	24,70	0,36 ¹
	T ₃ – 90 dias	19	62,46	9,63		84,18	18,86		105,53	19,93		146,63	27,79	
	T ₄ – 120 dias	15	64,40	11,72	0,433 ² 0,049 ³	86,20	21,33	0,156 ² 0,323 ³	108,07	23,53	0,330 ² 0,405 ³	150,60	32,69	0,230 ² 0,240 ³ 0,877 ⁴
Placebo	T ₀ – Baseline	49	57,48	10,49	0,559 ⁴	76,28	15,94	0,972 ⁴	96,44	18,77		133,76	25,45	
	T ₁ – 30 dias	33	59,91	8,99		77,98	13,20		100,30	15,18		137,89	20,11	
	T ₂ – 60 dias	25	60,20	9,07	0,054 ¹	79,52	11,64	0,13 ¹	101,00	15,66	0,23 ¹	139,72	19,57	0,059 ¹
	T ₃ – 90 dias	20	60,75	7,85		77,05	11,95		99,20	13,27		137,80	18,01	
	T ₄ – 120 dias	17	65,41	5,33		83,54	9,88		108,35	10,64		148,96	13,93	

Legenda: ¹Teste de Friedman; ²⁻⁴Valor de p com base no modelo estatístico GLMM em relação ao grupo², tempo³ e grupo versus tempo⁴.

FONTE: O autor (2025).

É relevante destacar que na interpretação do coeficiente de Spearman as correlações variam de -1 (perfeita negativa) a +1 (perfeita positiva) e os valores próximos de 0 indicam correlação fraca ou inexistente.

Na análise de correlação de Spearman, evidenciada na Tabela 6, revelou associações positivas estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o escore de esperança (HHI) e a QVRS (FACIT-Pal) nos diferentes domínios (físico, social, emocional, funcional e preocupações adicionais), subescalas (FACT-G e TOI) e escore total (FACIT-Pal).

No GF, as correlações foram moderadas a fortes ($R = 0,508$ a $0,674$, $p < 0,001$), indicando uma relação consistente entre esperança e melhor QVRS. Já no GP, as correlações variaram de fracas a moderadas ($R = 0,258$ a $0,612$, $p < 0,005$), sugerindo uma associação menos intensa entre as variáveis. Isso demonstra que os constructos estão fortemente relacionados, níveis de esperança estão associados aos diferentes domínios da QVRS.

TABELA 6 – CORRELAÇÃO ENTRE O ESCORE DE ESPERANÇA (HHI) E QVRS (FACIT-PAL).
CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

Correlação do HHI com FACIT-Pal	Grupo Floral (n=129) ¹		Grupo Placebo (n= 144) ¹	
	Spearman R	p ²	Spearman R	p ²
Bem-estar físico (PWB)	0,556	0,000	0,258	0,002
Bem-estar social (SWB)	0,508	0,000	0,426	0,000
Bem-estar emocional (EWB)	0,674	0,000	0,392	0,000
Bem-estar funcional (FWB)	0,591	0,000	0,553	0,000
Preocupações adicionais (PalS)	0,608	0,000	0,565	0,000
QVRS geral (FACT-G)	0,662	0,000	0,567	0,000
Trial Outcome Index (TOI)	0,648	0,000	0,587	0,000
Escore total (FACIT-Pal)	0,659	0,000	0,612	0,000

Legenda: ¹Análise considerou todas as avaliações durante o estudo, mesmo dos participantes descontinuados; ²Coeficiente de Spearman.

FONTE: O autor (2025).

Na Tabela 7 é possível observar que algumas variáveis biosociodemográficas e clínicas foram correlacionadas o escore de esperança (HHI), com significância no GP para os participantes que desconheciam o diagnóstico avançado, ou não eram cientes dos objetivos do TP ($p < 0,05$).

A análise mostra que o escore de esperança (HHI) apresenta associações variadas com características demográficas e clínicas dos participantes, sendo mais forte em subgrupos que não são do sexo feminino, não possuem câncer de mama, e que não têm conhecimento dos objetivos do tratamento ou não participam de atividades sociais de lazer. Por outro lado, variáveis como conhecimento do diagnóstico e uso de antidepressivos apresentaram pouca associação com a esperança.

Esses resultados indicam que a esperança pode estar influenciada por aspectos sociodemográficos e a percepção do tratamento, sendo relevante investigar esses fatores para melhor direcionar intervenções no TP.

TABELA 7 – CORRELAÇÃO ENTRE O ESCORE DE ESPERANÇA (HHI) COM VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NOS DIFERENTES GRUPOS. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NOS DIFERENTES GRUPOS: CORINTHA (PR), BRASIL, 2016				
	Grupo Floral (n=50) ¹		Grupo Placebo (n= 49) ¹	
Variáveis	p ¹			
	Sim	Não	Sim	Não
Sexo feminino	0,23	0,72	0,063	0,67
Câncer de Mama	0,11	0,60	0,082	0,39
Ciente do diagnóstico	0,26	0,22	0,18	0,02
Ciente dos objetivos do tratamento	0,34	0,66	0,09	0,008
Uso de antidepressivos	0,12	0,30	0,22	0,24
Atividades de lazer (social)	0,069	0,58	0,16	0,28

Legenda: ¹Análise considerou todos os participantes inclusos; ²Coeficiente de Spearman

FONTE: O autor (2025).

Quando correlacionados domínios e escalas de QVRS com o escore total do FACIT-Pal, houve significância apenas no bem-estar emocional ($p < 0,05$).

No GF, apresentou correlações mais elevadas entre o escore total de QVRS e os domínios do FACIT-Pal, especialmente no físico ($p = 0,70$), emocional ($p = 0,66$) e funcional ($p = 0,53$). Por outro lado, no GP, demonstrou correlações geralmente mais fracas.

TABELA 8 – CORRELAÇÃO ENTRE O ESCORE TOTAL DE QVRS (FACIT-PAL) COM DOMÍNIOS E SUBESCALAS DO INSTRUMENTO NOS DIFERENTES GRUPOS. CURITIBA (PR), BRASIL, 2025

DOMÍNIOS E ESCALAS DO FACIT-PAL	Grupo Floral (n=129) ¹	Grupo Placebo (n= 144) ¹
	p ²	
Bem-estar físico (PWB)	0,70	0,21
Bem-estar social (SWB)	0,23	0,41
Bem-estar emocional (EWB)	0,66	0,04
Bem-estar funcional (FWB)	0,53	0,52
Preocupações adicionais (PaS)	0,32	0,054
Trial Outcome Index (TOI)	0,21	0,23
QVRS geral (FACT-G)	0,46	0,13
Escore total (FACIT-Pal)	0,36	0,059

Legenda: ¹Análise considerou todas as avaliações durante o estudo, mesmo dos participantes descontinuados; ²Coefficiente de Spearman.

FONTE: O autor (2025).

7 DISCUSSÃO

7.1 Caracterização biossociodemográfica

As características biossociodemográficas podem ser fatores de vulnerabilidade para o curso da doença e impactam significativamente no prognóstico e na QVRS. A relação entre o diagnóstico de câncer avançado e sexo (homens maior incidência do que mulheres que tendem a ser diagnosticadas mais precocemente), idade (incidência aumentada após os 50 anos) e raça (mais frequentemente em pessoas negras) é bem documentada, cada fator influencia o risco e a progressão da doença de formas específicas (Rodríguez-Gonzalez *et al.*, 2023).

No presente estudo, houve predomínio de mulheres brancas, próximas de 60 anos, com parceiros e filhos, corroboram com os dados de um estudo observacional realizado anteriormente na mesma instituição e população semelhante (Silva *et al.*, 2019a). Também se assemelham com o estudo realizado em hospitais afiliados ao SUS de São Paulo – BR, com a inclusão de 81.669 mulheres com câncer de mama, diagnosticadas entre (2000 e 2015), média de $56,8 \pm 13,6$ anos (Almeida *et al.*, 2022).

Nossos resultados parcialmente diferem de estudos conduzidos em países desenvolvidos. A exemplo da Espanha, foi identificado uma maior prevalência de câncer localizado em mulheres e avançado em homens, com média de 65 ± 11 anos e casados (Rodríguez-Gonzalez *et al.*, 2023). Já em outro estudo abrangente de um banco de dados norte-americano (1992–2019) de pacientes ($n=1.030.937$) com CA, aponta que 50,8% eram homens, 38,4% com idade inferior a 54 anos e 77,9% caucasianos (Mani *et al.*, 2024).

É importante considerar que embora os programas específicos de triagem de câncer tenham beneficiado as mulheres, associado ao fato delas serem mais engajadas com o autocuidado em saúde e participação em pesquisas pode explicar esses resultados. Ainda existe uma limitação crucial de programas comparáveis para cânceres específicos para homens, consequentemente eles participam com menos frequência na triagem, são mais expostos à exposição ocupacional a carcinógenos, bem como uma maior taxa de tabagismo em relação às mulheres (Bizuyehu *et al.*, 2024).

Na doença avançada falharam as medidas de rastreio, diagnóstico precoce e insucessos no tratamento curativo, cabe ao enfermeiro considerar o impacto de tais características no *continuum* de cuidados do câncer para melhor atender as distintas populações. Uma revisão sistemática aponta que pessoas mais com idade avançada, recebem menor qualidade de atendimento, pior controle de sintomas e menor oferta de CPS; mulheres têm uma maior aceitação e acesso a CPS em comparação aos homens (Rodríguez-Gómez *et al.*, 2024).

É importante considerar que as condições sociais e econômicas afetam a vida dos pacientes, resultando em uma necessidade crescente de apoio social. Em um estudo transversal com mulheres palestinas (n=250) diagnosticadas com câncer de mama, 73% tinham parceiros, 76% eram mães e 62% com ensino médio. Quase metade delas perceberam mudanças negativas na vida social e conjugal, sendo que a maioria foi apoiada por familiares, organizações não-governamentais, cônjuges e colegas (Ammar-Shehada; Abusaman; Bracke, 2023).

O estudo realizado em São Paulo, identifica que mulheres com níveis mais baixos de educação são mais propensas ao diagnóstico em um estágio avançado (Almeida *et al.*, 2022). Em outro cenário, mulheres belgas com educação superior e melhor condição econômica, tiveram maior incidência de câncer de mama, mas também, melhor acesso ao diagnóstico, tratamentos e menores taxas de mortalidade (Gotink *et al.*, 2024).

É relevante considerar a relação das questões socioeconômicas e estilo de vida, em pacientes finlandeses com câncer de mama, maior nível de educação e renda, tiveram menor exposição e estilo de vida mais saudáveis; no câncer gastrointestinal e próstata, apresentavam condição socioeconômica, educacional e comportamental intermediária; câncer de pulmão relataram estilo de vida e exposição desfavoráveis, associado a menor escolaridade e rendimento inferior (Ammar-Shehada; Abusaman; Bracke, 2023). É evidente que ações conjuntas para melhorar as condições socioeconômicas, a promoção, a prevenção e a melhoria de acesso ao rápido diagnóstico e tratamento podem impactar significativamente na vida das pessoas.

Além do impacto dos aspectos biosociodemográficos, faz-se necessário o olhar sensível para o papel da espiritualidade e da religião na jornada de PVCA. São reafirmados os resultados de uma pesquisa anterior realizada na mesma instituição e

perfil de população, o uso das práticas religiosas e espiritualidade no enfrentamento do câncer avançado em pouco mais de 90% dos participantes (n=126) (Silva *et al.*, 2019b). Parcialmente divergente de um estudo transversal conduzido na China em participantes (n=480) com diferentes tipos de CA, embora a religião não foi importante para 78% deles, a depressão foi negativamente correlacionada com esperança, apoio social e enfrentamento espiritual positivo ($p < 0,01$) (Tao *et al.*, 2022).

Uma revisão sistemática de estudos (n=53) com diferentes delineamentos em pacientes (n=13.590) com vários tipos e estágios de cânceres, identificou maior bem-estar espiritual e enfrentamento religioso foram consistentemente associados a melhor QVRS, angústia reduzida, enfrentamento aprimorado e melhores resultados no tratamento (Nagy *et al.*, 2024). O estágio de câncer é um moderador, esperança e sentido da vida podem impactar positivamente, alguns pacientes vivenciam conflitos religiosos ou espirituais internos não resolvidos durante sua jornada de doença, que resultam em impacto negativo na QVRS (Nazam; Husain, 2024).

Consequentemente uma revisão de escopo sobre cuidado espiritual em PVCA destaca que o alto apoio espiritual por comunidades religiosas está associado a menor aceitação dos CP; os católicos eram menos propensos a assinar uma ordem de não ressuscitar e os budistas receberam intervenções mais agressivas no fim de vida (Santos Carmo *et al.*, 2023). Além dos aspectos individuais não modificáveis, faz-se necessário o cuidar compassivo e o olhar atento do enfermeiro para identificar os diferentes tipos de sofrimentos psicoemocionais e espirituais, bem como, promover e orientar mudanças de hábitos e atividades de lazer na jornada do CA.

As atividades de lazer consistem em ações desenvolvidas pela PVCA, dependendo do que for agradável e das preferências individuais, com facilidade de acesso, baixo custo e potencial para promover o bem-estar, trazendo benefícios para as diferentes dimensões da pessoa. Participantes (n = 2.934) de um estudo longitudinal americano relataram as atividades de lazer realizadas durante a jornada do câncer, como assistir televisão, ler, orar, utilizar tecnologia, praticar jardinagem e caminhar. Essas atividades proporcionam sentimentos de determinação, entusiasmo, participação, orgulho, interesse, felicidade, inspiração, esperança, atenção, calma e animação (Chun *et al.*, 2024).

7.2 Caracterização clínica e terapêutica

As características clínicas dos nossos achados evidenciam o predomínio de participantes com câncer de mama, trata-se da doença mais incidente e a principal causa de mortes em mulheres no Brasil. Dados abrangentes apontam o câncer de pulmão, seguido de mama (Ferlay *et al.*, 2024; INCA, 2022). Esse fato pode ser explicado pelas disparidades globais dos principais tipos de câncer, que devem aumentar até 2050 nos países com baixo e alto IDH (142% *versus* 42% para casos e 146% *versus* 57% para mortes), pulmão foi mais incidente com maior mortalidade, comparado a mama que é mais prevalente em diagnóstico e sobrevida (Bizuayehu *et al.*, 2024).

No estudo de base populacional americano que analisou as causas de morte em PVCA (n=20.798), destaca uma maior prevalência para as doenças de pulmão/brônquio, colorretal, próstata, pâncreas, ovário e mama na quinta posição, mesmo assim, os resultados são promissores ao destacar 46,7% de maior sobrevivência a longo prazo em cinco anos (Hudock *et al.*, 2023).

Em outras investigações em PVCA, o câncer de pulmão foi o mais prevalente em diferentes países, como na Pensilvânia e Espanha, já a China foi gastrointestinal (Tao *et al.*, 2022; Rodríguez-Gonzalez *et al.*, 2023; Loučka *et al.*, 2024). Fato que diverge da população deste ECR. Fortalecer o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, incluindo cobertura universal dos sistemas de saúde seja na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e gerenciamento das condições múltiplas com a transversalidade dos CPS, serão fundamentais para melhorar os resultados clínicos e diminuir as tendências projetadas (Bizuayehu *et al.*, 2024).

Associado a doença mais prevalente em mulheres, o câncer de mama geralmente desenvolve metástases em linfonodos, a avaliação precisa dos linfonodos é crucial no estadiamento e tratamento da doença. Nenhum dos métodos utilizados para o exame não invasivo pode identificar, com precisão, células cancerígenas de um nível molecular, é mandatório associar com os exames de imagens, histopatológico e moleculares das metástases (Ping *et al.*, 2023). Além dessas, as participantes apresentaram metástases semelhantes ou superiores no GP nos sítios ósseos.

Fato que é corroborado por uma revisão sistemática, as metástases ósseas são observadas em 30-75% das PVCA com piora significativa da QVRS, serão responsáveis por uma alta carga de dor, fadiga, problemas físicos e funcionais; limita a deambulação e atividades diárias; resulta em sintomas psicológicos, como desamparo, depressão e ansiedade; impacta nas relações e atividades sociais dos pacientes. Os profissionais devem estar atentos as crises de dor, sintomas parecidos com quadros gripais e dor na mandíbula devido à osteonecrose, não considerados nos instrumentos já validados que avaliam a QVRS das metástases ósseas (Rajeswaran *et al.*, 2023).

Avaliar escalas de estado geral são essenciais para predizer a função física e sobrevida; os dados de uma coorte retrospectiva americana de pacientes (n=21.730) com CA com ECOG 0 e 1 (relativamente funcionais), média 7 (5 a 9) no Índice de Comorbidade de Charlson (ICC), demonstrou que aqueles com maior escore de ICC apresentaram pior declínio funcional no ECOG ($p < 0,001$). Sendo preditivo de risco aumentado de mortalidade em pacientes mais jovens e com câncer de mama. Uma pior performance clínica está associada a risco aumentado de visitas na emergência e hospitalizações (Kumar *et al.*, 2024).

É importante considerar que em PVCA ainda relativamente funcionais e classificado com bom status de desempenho, apresentam necessidades de cuidados distintos. Eles tendem a experimentar sintomas leves ou moderados, demonstram um forte senso de independência, e priorizam a supressão do câncer sobre o gerenciamento dos sintomas. As preocupações financeiras são frequentemente relacionadas ao cuidado, níveis elevados de esperança quanto ao prognóstico e sobrevida limitam as discussões sobre terminalidade (Chen *et al.*, 2024).

O Índice de Comorbidade de Charlson foi considerado na avaliação da taxa de mortalidade entre pacientes com doenças crônicas e tumores avançados, foi identificada uma sobrevida mediana de 12,1 meses, os que foram agrupados na linha de corte com diferenças significativa ($p < 0,001$) na sobrevida global, para escores < 7 e ≥ 7 , respectivamente 44,1 e 7,8 meses (Zhang *et al.*, 2025). No geral, mudanças na heterogeneidade do CA, aumento da detecção precoce e utilização de modalidades de tratamento, como quimiorradioterapia neoadjuvante ou cirurgia, trouxe contribuições na melhoria na sobrevida a longo prazo (Geijteman *et al.*, 2024).

Em relação aos tratamentos, a quimioterapia paliativa foi mais prevalente neste ECR. Corroborados por um estudo espanhol em pacientes (n=557) com CA de sítio bronco pulmonar, digestivo, pâncreas e mama, foram tratados com quimioterapia isolada (53%) ou combinada (32%), e 7% com imunoterapia ou terapia direcionada. As toxicidades elevadas resultaram em suspensão (59%) do tratamento, ajuste de dose ou atraso no ciclo (87%) devido ao alto risco de morte, resposta parcial (55%) ao tratamento e estabilidade (24%) da doença (Lee *et al.*, 2023).

Evidências de uma pesquisa multicêntrica sul-coreana em hospitais de elevada qualidade assistencial, PVCA com esperanças de cura foram mais propensos a serem submetidos a quimioterapia curativa ou paliativa, associado ao risco de não sobreviver em um ano devido à redução do *status* de desempenho; já aqueles sem esperança de cura foram mais propensos a suspender ou interromper a terapia anticâncer ($p < 0,001$) (Yun *et al.*, 2024).

As modalidades sistêmicas de TP são amplamente utilizadas no CA, visam diminuir a carga de doença, direcionando as células cancerígenas em todo o corpo em comparação as localizadas (cirurgia ou radiação). Anteriormente, a quimioterapia e terapia hormonal eram as únicas disponíveis, a trajetória de sofrimento do paciente após o diagnóstico era relativamente previsível, com declínio na saúde física durante um período de semanas a meses até a morte. Atualmente, a imunoterapia e terapia direcionada, foram introduzidos e serão associadas para estender a sobrevida (Geijteman *et al.*, 2024).

Na trajetória de tratamento do CA, depressão e ansiedade são os principais sofrimentos mentais experimentados, por medo da morte e perda de capacidade funcional para atividades diárias (Arch *et al.*, 2023). Na síntese de uma metanálise de estudos (n=40) em países de baixo e médio rendimentos identificou uma prevalência de 21% para depressão e 18% para transtornos de ansiedade, frequentemente associados ao CA e baixos níveis de educação (Walker *et al.*, 2021). A depressão está associada a uma sobrevida significativamente menor em PVCA, estratégias de rastreio, instituição de CP e intervenção psicoterapêutica como entrevistas motivacionais, cultivar significado na vida, com base nas crenças de cura e valores na vida, independentemente de sua duração restante podem reduzir o impacto negativo da depressão (Yun *et al.*, 2024).

Embora um estudo conduzido em 13 hospitais terciários sul-coreanos (quadro deles classificados entre os melhores do mundo) aponta que o grupo de pacientes com CA que expressam esperanças reais ou potenciais de cura (n=239), foi identificado menor risco de mortalidade em um ano em 45,5%, após ajustes para *status* de desempenho, fadiga relacionada ao câncer e perda de apetite, tipo de tratamento do câncer, local do tumor primário, área residencial e sexo, em comparação com aqueles sem esperança de cura (n=143) (Yun *et al.*, 2024).

É importante considerar que o sofrimento psicológico pode ser potencializado pelo físico decorrente da doença, da consciência prognóstica sobre estágio e intenção de tratamento. Condição evidenciada no estudo transversal realizado no hospital de Barretos, com díades de pacientes ambulatoriais com CA e seus oncologistas, apenas metade deles tinham clareza sobre a doença avançada e pouco mais de 30% desconheciam o estágio e/ou objetivos do tratamento (Paiva *et al.*, 2022).

Em culturas asiáticas, existem crenças de que a informação sobre o estágio atual da doença pode prejudicar a saúde, diferentes investigações desvelam que PVCA cientes da condição diagnóstica apresentaram pontuações significativamente maiores de QVRS; comparado com aqueles com incompreensões prognósticas (ou seja, acreditar que seu câncer é curável), foi associado a maior ansiedade e sintomas depressivos e menores escores de bem-estar espiritual (Ozdemir *et al.*, 2022; Manalo *et al.*, 2023; Putranto *et al.*, 2024).

A compreensão do prognóstico na PVCA é importante no planejamento de cuidados, estudos de revisão sistemática e escopo sintetizam que 50% desconhecem o prognóstico, isso variavelmente podem (48%) ou não (40%) estar significativamente associado a piores resultados e QVRS, em média apenas 30% dos pacientes reconhecem que estão em tratamento com intenção paliativa, as diferentes formas de compreensão e aceitação impactam diretamente na esperança dos pacientes (Ng; Ozdemir, 2023; Mathews *et al.*, 2024).

Embora em diferentes culturas, persiste-se replicar o estereótipo de que as informações prognósticas são competências exclusivamente do médico, uma comunicação empática, qualitativa e compreensiva é uma obrigação deontológica e ética de todo profissional (Silva; Ramos; Kalinke, 2024). É evidente que as informações prognósticas foram comunicadas pelo oncologista, os pacientes precisam entender as previsões (consciência prognóstica) e depois processar essas

expectativas emocionalmente (aceitação prognóstica), diversos aspectos pessoais e culturais provavelmente estão envolvidos na regulação desse processo (Paiva *et al.*, 2022).

Enfermeiros são educadores e devem colaborar nas etapas e comunicação prognóstica, uso das TFN e diálogo sobre esperança. Visto que o diálogo sobre esperança é pouco ou muito discutido com pessoas próximas: cônjuges, familiares, amigos e oncologistas, e minimamente com enfermeiros, médicos clínicos, capelães e grupos de apoio. A variável idade (<57 anos) foi associada à ausência de diálogo sobre a temática com profissionais, o que resulta em esperança menos realista de cura, comparado aqueles com ≥ 58 anos ($p < 0,001$) (Demartini *et al.*, 2019).

Nossos resultados são predominantes em apontar o desconhecimento dos pacientes sobre as TNF, a não indicação por profissionais de saúde e o baixo uso das mesmas, concomitante ao tratamento oncológico. Embora o Brasil disponha de uma política nacional de PICS inserida no SUS desde 2006, elas não são prescritas rotineiramente aos pacientes oncológicos (Silva *et al.*, 2023).

Ainda assim, dada as disparidades e extensão territorial brasileira, são incipientes os estudos de prevalência de uso de TNF, em um hospital universitário na capital mineira, aponta que elas foram utilizadas por 77,1% dos pacientes ($n=70$) em tratamento quimioterápico, 50% fizeram uso de práticas espirituais e 26,6% fitoterapia (Gurgel *et al.*, 2019). Na Itália, um estudo transversal que avaliou PVCA ($n=283$), predominantemente masculinos e média de 73 anos, apenas 4,2% estavam em uso alguma TNF e 50% foram prescritas por um profissional de saúde em diferentes modalidades (Mercadante *et al.*, 2022).

A prevalência global de uso das TNF por uma revisão sumarizada de estudos ($n=12$) das diferentes nacionalidades, aponta que de 25% a 80% dos pacientes com câncer utilizam alguma modalidade, como produtos naturais, nutracêuticos e relaxamento, com a finalidade de recuperação, cura e melhoria da saúde (Alsharif, 2021). Já outra revisão sistemática de estudos ($n=14$) iranianos, identificou uma prevalência (51,8%) dentre o uso de orações (41,8%), fitoterapia (30,1%), práticas ancestrais (27,2%) e sangrias (17,3%); para o bem-estar espiritual, minimizar desconfortos e melhorar a condição física (Yousefi *et al.*, 2024).

Apesar da alta prevalência de uso e dos efeitos positivos das TNF, um estudo transversal multicêntrico na Alemanha avaliou mulheres ($n=1.214$) com câncer de

mama (73,9%) e ginecológico em diferentes estágios. A prevalência de uso foi de 46,5% dentre vitaminas, minerais, micronutrientes, homeopatia e terapia de visco em participantes mais jovens, maior nível educacional e financeiro. As que usam alguma TNF, foram associadas a maior tempo de diagnóstico, estágios mais avançados, significativamente associadas a maior proporção de gravidade de sintomas e menor QVRS global (Baltussen *et al.*, 2023).

As sociedades de oncologia clínica e integrativa recomendam o desenvolvimento de pesquisas sobre TNF e a implementação durante o tratamento convencional das modalidades com evidências disponíveis (*mindfulness*, terapia cognitiva, Tai chi, Qigong, ioga, hipnose, terapias de relaxamento, musicoterapia, reflexologia, acupuntura e óleos essenciais); embora existam diversas barreiras na formação, falta de conhecimento e receptividade dos profissionais de saúde, baixa produção de evidências, ausência de financiamento e implementação na prática clínica (Mao *et al.*, 2022; Kwong *et al.*, 2023; Gowin *et al.*, 2024).

7.3 Desfecho na esperança

Neste ECR placebo-controlado, triplo-cego, em PVCA em tratamento paliativo, com seguimento de 120 dias. Após o uso da fórmula (*Cherry Plum, Crab Apple, Gorse, Mimulus, Mustard, Olive, Sweet Chestnut, White Chestnut e Wild Oat*) os participantes apresentaram discreto aumento nos escores de esperança (HHI), nos diferentes domínios e escalas da QVRS (FACIT-Pal) do GF e GP. Os escores já estavam elevados (T₀) e ambos apresentaram resultados positivos ao final da intervenção (T₄), embora sem diferença significativa evidenciada pelo modelo estatístico aplicado

O ponto de corte do score de esperança foi recentemente estabelecido por um estudo americano em pacientes com câncer (n=1.295), média de 57 anos, predomínio de mama, em uso de quimioterapia, múltiplas metástases e comorbidades. Análises estatísticas determinaram os níveis baixos (≤ 40) *versus* altos (> 40) de esperança, uma variância que produziu a maior razão para os efeitos entre múltiplas categorias (Allaire *et al.*, 2025). A literatura aponta uma diferença de cinco pontos para considerar relevância clínica em estudos de intervenção na esperança (Cohen *et al.*, 2022).

No estudo longitudinal da capital paulista, que avaliou a esperança em mulheres (n=122) com câncer de mama após a cirurgia e no final da quimioterapia, com medianas de 43 e 45 no período de 4,2 meses (Balsanelli; Grossi, 2016). Comparados ao estudo observacional de Uberlândia (MG), em uma amostra semelhante destaca que a esperança dessas mulheres (n=78) diminui a depender do tempo de diagnóstico, < 1 ano, 1 a 3 anos, > 5 anos com respectivas médias de 42,0, 41,6 e 37,0 (Ribeiro; Araújo; Mendonça, 2021).

Em Macaé – Rio de Janeiro, o escore médio de esperança de pessoas (n=65) com diferentes tipos de câncer foi 41,2, semelhante à média de 41,3 em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (n=60) em Curitiba (Torrealba *et al.*, 2022; Vaz; Taets; Gunnar, 2022). As medidas de esperança deste ECR apresentam escores similares a discretamente superiores aos estudos nacionais e significativamente mais elevados em comparações com sínteses de pesquisas abrangentes.

No entanto, é relevante considerar que em PVCA os níveis mais elevados de esperança podem estar associados a melhores resultados fisiológicos, além de ser um fator encorajador para tratamentos agressivos, consequentemente, estes pacientes fazem maior uso dos serviços de saúde, são expostos a maior toxicidade financeira e persistem na busca por uma maior sobrevida (Chay *et al.*, 2023).

A exemplo da metanálise de estudos observacionais (n=20) da Ásia, América e Europa que avaliaram a esperança com o instrumento HHI, em pacientes com diferentes tipos e estágios de câncer, a média do escore geral foi 36,93, com tendência a queda se comparado o período de 2010 a 2020 (Salimi *et al.*, 2022). Corroborado por outra revisão baseada em estudos observacionais (n=13), o escore médio da metanálise foi de 35,64 em pacientes com múltiplos tipos e estágios de câncer submetidos à terapia sistêmica (Kitashita; Suzuki, 2023).

A literatura é tímida em afirmar precisamente a correlação da esperança com características biossociodemográficas e clínicas (Nierop-Van Baalen *et al.*, 2020; Nikoloudi *et al.*, 2023). Mesmo assim, a doença é desafiadora e pode levar a sentimentos de desespero e perda de esperança, mas o pensamento esperançoso pode ajudar os pacientes no enfrentamento, enquanto alguns podem apresentar menor sofrimento, outros podem lutar contra a desesperança durante a progressão para estágios avançados e limitações clínicas (Nikoloudi *et al.*, 2023).

Além da superioridade do escore total de esperança na população deste ECR, consequentemente as das três subescalas foram superiores. Comparado ao estudo observacional com mulheres chinesas ($n=450$) em tratamento quimioterápico para câncer de mama em estágios iniciais, as pontuações das três subescalas: temporalidade e futuro ($9,02\pm2,00$), prontidão e expectativa positiva ($10,48\pm1,64$), Interconectividade consigo e com outros ($10,24\pm1,65$) e escore total de esperança de $30,15\pm4,82$ (Li *et al.*, 2021). Outro fator a ser considerado é o impacto da cultura na esperança, já amplamente pesquisado em outras áreas e ainda incipiente na sua intersecção com a saúde-doença-cuidado (Feldman; Jazaieri, 2024).

É relevante considerar que poucos estudos reportam as pontuações das subescalas de esperança. No estudo desenvolvido em um hospital de Turin – Itália, em pacientes ($n=350$) com diferentes topografias de CA em CP, com baixa performance clínica ou expectativa de vida presumida em quadro meses; demonstrou que o escore total de esperança foi $35,46\pm1,97$, nas três subescalas: temporalidade e futuro ($10,93\pm2,03$), prontidão e expectativa positiva ($12,27\pm2,07$), interconectividade consigo e com outros (média = $10,24\pm1,65$) (Bovero *et al.*, 2021).

Existe uma correlação positiva entre o escore total e suas dimensões de esperança, sem necessariamente o estágio do câncer ser um moderador significativo. Logo essas pessoas se envolvem na visualização, planejamento e execução de ações para alcançarem seus objetivos, à medida que navegam na jornada da doença e encontram sentido, a esperança promove pensamentos positivos, levando a resultados mais favoráveis (Nazam; Husain, 2024).

Mesmo com elevado escore de esperança, é relevante considerar as percepções imprecisas sobre o diagnóstico e objetivos do tratamento identificando na população deste ECR. Por outro lado, quase um terço dos participantes reportaram consciência do TP, fato que pode ressignificar o enfoque da esperança. A literatura mostra que PVCA sucumbem a vários vieses cognitivos, amplificados por níveis mais altos de esperança, com maior probabilidade de acreditar que a doença é curável, que terão maior sobrevida e que estão informados (Finkelstein *et al.*, 2021). Então, é possível questionar se o fato pode ter impactado na hipervaloração das médias de esperança e QVRS nesta população.

Também são escassas as publicações com uso de TFB em pacientes com câncer, apenas em outras populações. Um único estudo experimental cubano avaliou

o efeito da TFB (*Gorse, Star of Bethlehem, Gentian, Mimulus, Wild Oat, Honeysuckle e Heather*) na depressão de pacientes (n=100) com câncer em estágios iniciais. Diferença significativa e favorável no GF em comparação ao tratamento convencional com antidepressivos. Os participantes reportaram sofrimentos emocionais por separações familiares ou morte do companheiro (a) em mais da metade da amostra até dois anos antes do estudo (Cifuentes *et al.*, 2014).

Outro aspecto positivo foi que a partir da avaliação emocional, construiu-se um instrumento de percepção considerando o significado de cada essência floral incluída na fórmula, que foi utilizado pelos participantes do GF, no início e após três meses de tratamento e corroborou os efeitos positivos no uso da TFB. Por ter sido realizado por pesquisadores médicos, foi possível manter o GF sem a utilização de antidepressivos, apesar dos níveis elevados de depressão na inclusão, evitando um viés (Cifuentes *et al.*, 2014). Porém, outros fatores como randomização, mascaramento e detalhamento da análise estatística comprometem a qualidade do estudo.

Convém refletir que dentre os participantes do estudo, a maioria transita de uma longa jornada de tratamentos e outros são diagnósticos recentes do CA, os escores elevados de esperança podem significar um mecanismo de ajuste para uma situação mais positiva. Eles buscam encontrar esperanças na trajetória de outros pacientes, na expectativa do tratamento, de melhor QVRS, sobrevida e até a cura, então a esperança é aumentada na vigência de resultados positivos, quando negativos ela é estimulada para não perder o controle. Consequentemente, é possível que essa sucessão de eventos pode ter influenciado no elevado escore de esperança ou potencializado pela TFB, fato que pode ter resultado em significância clínica e não estatística.

No processo terapêutico com TFB, as pessoas possivelmente acessam padrões emocionais e mentais profundos da consciência, os quais podem causar desconforto ou negação, o que faz com que elas aceitem ou rejeitem as transformações emocionais (Barnard, 2021; Albuquerque; Turrini, 2022).

Em algumas situações as pessoas podem apresentar piora de sinais e sintomas, fato possivelmente explicado pela catarse, em que ocorre inicialmente a liberação de emoções negativas (tristeza, raiva, medo ou frustração) para posterior melhora do bem-estar emocional (Thaler *et al.*, 2009; Barnard, 2021). Este fato pode

ser percebido na oscilação das retas de regressão do HHI e do domínio bem-estar social do FACIT-Pal no GF. É importante considerar que o efeito terapêutico não é uniforme ou automático, fato que pode resultar na ausência de significância devido a menor diferença entre os GF e GP (Albuquerque; Turrini, 2022).

O PVCA perpassa por uma transformação comportamental, psicológica e existencial (Corn *et al.*, 2022). Devido ao período prolongado de tratamento, são frequentes as incertezas prognósticas, expectativa de vida e preocupações relacionadas à constante investigação clínica, com elevada carga emocional de sofrimento psicológico, medo, ansiedade, angústia, tensão emocional, enfrentamento, desamparo e desesperança (Kolsteren *et al.*, 2022). Tais condições, quando associadas a piora clínica, frequentemente repercutem na suspensão, ajuste de dose e atraso do ciclo devido ao alto risco de morte durante o TP (Lee *et al.*, 2023).

Dada a multidimensionalidade da esperança, que está relacionada a uma complexidade de fatores biopsicossociais e neuro-imunológicos (Nierop-Van Baalen *et al.*, 2020; Salimi *et al.*, 2022; Kitashita; Suzuki, 2023; Lutgendorf *et al.*, 2024), incluindo os culturais, fato que limita a utilização de intervenções de abordagem única para aumentá-la. Em síntese, a maioria dos estudos são baseados na teoria da esperança ou no planejamento antecipado de cuidados, com efeitos de moderados a pequenos (Cohen *et al.*, 2022).

Outro exemplo, foi do ECR iraniano em mulheres com câncer de mama (n=42) durante a quimioterapia, utilizou uma intervenção psicoeducacional de orientação e incentivo sobre práticas comportamentais baseadas em evidências, constituída em seis sessões de grupo de até 90 minutos. Após 12 semanas, a intervenção mostrou uma redução significativa na dor, sofrimento psicológico, depressão, ansiedade e estresse; melhora notável na esperança e no crescimento pós-traumático ($p < 0,01$) (Arefian; Asgari-Mobarakeh, 2024). Logo, são necessários estudos com múltiplas abordagens para promover efeito na esperança, que é mutável no transcurso do tempo, crucial nos processos adaptativos, na perseverança e transcendência (Antunes *et al.*, 2023).

A esperança é descrita como um requisito para viver e manter uma boa QVRS, mesmo quando prolongar a vida não seja mais possível, ela desempenha um papel crucial para alcançá-la, uma revisão sistemática chegou a apontar 47,52 (IC de 95%: 37,05–57,99) do efeito geral da esperança na QVRS em pacientes com câncer

(SALIMI *et al.*, 2022). É relevante considerar que escore de esperança mais elevado não reflete apenas diferenças estatisticamente significativas, mas também clinicamente significativas em todos os domínios da QVRS (Allaire *et al.*, 2025).

7.4 Desfecho na QVRS

Neste ECR, em relação ao efeito da intervenção na QVRS também não foi identificada significância com base no modelo estatístico aplicado. Pesquisas anteriores sugerem uma diferença clinicamente significativa de 2-3 pontos nos domínios, 4-7 pontos para subescala do FACT-G e 10 pontos para o escore total do FACIT-Pal com escore de corte ($134,3 \pm 24$) em pacientes funcionais classificados com ECOG 0 e 1, embora as estimativas limiares de mudança significativa progrediu nos últimos anos, ainda carecem de esclarecimentos (Pearman *et al.*, 2014; Kavalieratos *et al.*, 2016; Dy *et al.*, 2022; Clarke *et al.*, 2024). Não foram identificadas as diferenças limiares apontadas na literatura nos GF e GP para os domínios e subescalas.

Uma pesquisa transversal no Recife, região nordeste do Brasil, avaliou pacientes ambulatoriais ($n=105$), teve discreto predomínio de mulheres, câncer gastrointestinal seguido de mama, com metástases óssea e fígado, em quimioterapia paliativa e classificação ECOG 1. As médias nos domínios foram, no bem-estar físico ($10,0 \pm 5,6$), social ($19,3 \pm 5,0$), emocional ($7,1 \pm 3,9$) e funcional ($16,0 \pm 5,2$) e específico ($38,8 \pm 7,2$) (Ralph *et al.*, 2021). Em relação ao estudo clínico conduzido em Curitiba, sul do Brasil, para avaliar o efeito da auriculoterapia a laser em mulheres ($n=122$) com câncer de mama, estágios III e IV, nas linhas iniciais de quimioterapia paliativa. As médias nos domínios identificados foram, no bem-estar físico ($15,38 \pm 2,0$), social ($13,0 \pm 5,0$), emocional ($14,7 \pm 1,0$) e funcional ($10,3 \pm 5,0$), na subescala de QVRS geral do FACT-G ($53,4 \pm 28,0$ pode variar de 0 a 108 pontos) (Marcondes *et al.*, 2025).

Os escores de QVRS mensurados com o FACIT-Pal neste ECR para os diferentes domínios e subescalas foram superiores. É relevante considerar que revisões sistemáticas apontam para heterogeneidade nas medidas de QVRS no câncer de mama, piores em regiões geográficas menos desenvolvidas, estágio avançado e vigência de quimioterapia; fato que exige intervenções multimodais a exemplo das psicológicas, planejamento antecipado de cuidados, estilo de vida e autogestão (Keane *et al.*, 2023; Biparva *et al.*, 2024;).

O resultado deste ECR diverge da literatura nacional e internacional, ao destacar melhores escores comparados a diferentes cenários. Em Bangladesh, uma investigação observacional avaliou pacientes (n=386) com câncer metastático, recrutados nas unidades ambulatorial e internação. Pior QVRS nos pacientes ambulatoriais (n=189) *versus* internação, as médias nos domínios foram, no bem-estar físico ($13,7 \pm 2$ vs $10,2 \pm 3,6$), social ($18,9 \pm 5,2$ vs $18,3 \pm 4,7$), emocional ($10,3 \pm 4,7$ vs $9,3 \pm 4,9$) e funcional ($10,2 \pm 5,5$ vs $8,6 \pm 3,9$) e na subescala da QVRS geral do FACT-G ($53,0 \pm 13,2$ vs $46,4 \pm 10,7$); provavelmente atribuída por altas pontuações na carga de sintomas e baixa no bem-estar espiritual dos pacientes internados próximos do fim de vida (Rahman *et al.*, 2024).

No estudo CONNECT (*Care Management by Oncology Nurses to Address Supportive Care Needs*), que avaliou o efeito de uma intervenção de CP fornecida por enfermeiros oncológicos na Pensilvânia. Todos os participantes (n=672) em seguimento ambulatorial, diagnosticados com câncer metastático (36,0% pulmão, 19,5% gastrointestinal e 12,6% mama), mulheres (53,6%) e uso de quimioterapia (68,9%); o escore total de QVRS avaliado com o FACIT-Pal foi de $130 \pm 25,5$ (0 a 184 pontos). A intervenção primária não melhorou os resultados relatados pelo paciente em 3 meses (Schenker *et al.*, 2021).

Embora o estudo americano anteriormente descrito apresentou apenas o escore total, a pontuação foi semelhante outros estudos comparados pelos autores, que consiste na somatória de todos os domínios de bem-estar físico, social/familiar, emocional, funcional e o específico, apesar da variação em T₁ a T₄ nos GF e GP de aproximadamente 20 pontos, os dados se assemelham a este ECR. Convém destacar a escassez de estudos com TFB em populações com câncer e/ou que avaliaram desfechos na QVRS mensurada com instrumentos específicos e sensíveis, fato que restringem as comparações para discussão com os dos dados desde ECR.

No estudo quase-experimental do tipo antes e depois sobre o efeito da TFB (*Walnut + Rescue Remedy®: Rock Rose, Impatiens, Cherry Plum, Star of Bethlehem e Clematis*), nos profissionais de enfermagem (n=16), evidenciou melhora na subescala estresse traumático secundário após três semanas ($p=0,017$), sem significância nas subescalas Burnout, fadiga e satisfação por compaixão (Fedel; Gnatta; Turrini, 2023).

Em outro ECR com profissionais de saúde espanhóis no período pandêmico com grupo controle (n=34) e intervenção (n=26), utilizou a fórmula de TFB (*Rescue Remedy®* + *Aspen* + *Crab Apple* + *Oak* + *Olive*) e avaliou a QVRS. Resultados significativos ($p < 0,007$) no grupo intervenção foram observados para a insônia, domínio de saúde mental e na gestão emocional ($p < 0,050$) (Guerrini; Domene, 2020).

A literatura evidencia que antes do TP sistêmico, os PVCA já apresentavam declínio nos domínios físico, emocional e social da QVRS, que se manteve após o tratamento, embora de modo discreto. Quando comparado a pacientes com doença localizada, estes vão experimentar piora em todas as escalas, sintomas e bem-estar mental ($p < 0,001$) (Rodríguez-Gonzalez *et al.*, 2023).

Embora a TFB seja indicada para questões psicoemocionais (Araújo Rocha *et al.*, 2022), no presente estudo houve alteração significativa na reta de regressão no domínio social e familiar ao longo do tempo. Trata-se de um dos domínios alterados nesses pacientes seja antes, durante ou a pós o TP, os potenciais efeitos dos florais seriam recomendados para otimizar a função emocional e contribuir na melhora da qualidade de vida geral.

A expectativa inicial do estudo era ter impacto direto na subescala de bem-estar emocional, social-familiar, preocupações adicionais e indireto na escala geral e total dos FACIT-Pal, visto que as indicações da fórmula TFB da intervenção foi direcionada a melhorar estados emocionais negativos. Embora em PVCA o TP prologado impacta na vida social e emocional, permeada por preocupações, medos, entre outros, muitos buscam ressignificar, encontrar sentido da vida e espírito de luta, para assim buscarem superação. Fato que pode ter resultado em escores elevados a ponto de não ter evidenciado diferença mínima significativa entre os grupos.

No presente estudo, foi identificado um elevado número de descontinuados durante o seguimento por adesão insuficiente ou não percepção do efeito, adicionado ao número de participantes que evoluíram a óbito. Nossos dados são corroborados pelo estudo CONNECT, que identificou uma taxa de perda de seguimento de 10% e mortalidade de 20%, fica evidente a ocorrência desses eventos dada as especificidades desta população, bem como as limitações no desenvolvimento de intervenções com tamanho de efeito elevado (Schenker *et al.*, 2021).

A adesão do paciente com câncer nos ensaios clínicos é motivada pela esperança de benefícios terapêuticos, que pode ter impactos no bem-estar físico e

psicológico ao longo do seguimento, mesmo existindo equívocos na compreensão entre esperança e expectativa do ensaio. Os participantes podem fornecer avaliações positivas sobre os desfechos avaliados; negativas/descontinuação quando ausência de efeito breve, desgastes relacionados aos procedimentos do estudo ou motivados pelo médico assistente (Escritt *et al.*, 2022).

Em outro estudo clínico pragmático, não foi identificado entre os participantes a expectativa de “nenhuma melhora” em relação ao uso da TFB, fato que pode influenciar a percepção de resultados positivos em ambos os grupos, associado a baixa adesão dos participantes durante o estudo, reflete a realidade dessa terapêutica (Gava; Turrini, 2024).

Não se observou relato de evento adverso no uso da TFB em estudos clínicos (Cifuentes *et al.*, 2014; Fusco *et al.*, 2021; Porcar-Castell; Esmel-Esmel, 2021; Albuquerque; Turrini, 2022; Fedel; Gnatta; Turrini, 2023; Gava; Turrini, 2024), revisão de escopo (Rocha *et al.*, 2022) e sistemática (De Oliveira *et al.*, 2023). Fato que diverge deste ECR, no entanto, há limitações para estabelecer onexo causal, uma vez que podem estar relacionados as características clínicas desta população, múltiplas toxicidades prévias, uso de quimioterápicos, comorbidades e uso de polifarmácia.

7.5 Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações e potenciais vieses. A realização do estudo em um único hospital e de ensino no sul do país, com uma amostra predominantemente de mulheres com câncer de mama, em tratamento paliativo ambulatorial não represente a população brasileira de pessoas com câncer avançado e limita a generalização dos resultados.

Diferentes condições, como outros tipos de cânceres avançado e pacientes do sexo masculino, podem impactar de maneira distinta na esperança e QVRS. A inclusão de pacientes com comorbidades e tratamentos em saúde mental sem a realização de análises específicas desses subgrupos, podem ter superestimado as avaliações psicométricas obtidas.

Outro ponto relevante é que o uso de uma fórmula coletiva pode ter reduzido o efeito da intervenção. De acordo com as recomendações de Bach, as fórmulas devem ser personalizadas para abordar as necessidades e especificidades de cada indivíduo. Adicionalmente, não foi possível garantir o controle rigoroso sobre a adesão a posologia recomendada, o que pode ter levado alguns participantes a utilizarem doses inferiores ao estabelecido. O tempo de seguimento de 120 dias pode ter sido excessivo, associado a demora na percepção sutil do efeito da TFB pode ter contribuído para a baixa adesão ao protocolo.

Ademais o uso do *brandy* (conservante alcoólico) mesmo que em baixa concentração, pode ter sido responsável pelos efeitos adversos leves reportados, considerando as condições clínicas e terapêuticas desta população. A ausência de um questionário com informações qualitativas representa uma limitação adicional, uma vez que aspectos subjetivos do efeito da TFB, que nem sempre são capturados por instrumentos psicométricos, podem ter deixado de ser identificados.

Não foi desenvolvido um estudo piloto, que poderia testar estratégias para melhor implementação do ECR, seja para retenção dos participantes, melhorar adesão ao protocolo do estudo, quantificar a quantidade ingerida, métodos de coleta de dados subjetivos, substituição do conservante alcoólico por glicerina vegetal ou vinagre de maçã.

7.6 Contribuições da pesquisa

As descobertas deste estudo têm implicações significativas. Na **prática profissional**, destaca a esperança como um componente inerentemente clínico a ser considerada no processo de saúde-doença-cuidado. Primeiro, é possível identificar o nível, tipo e desenvolver intervenções para manter ou melhorar a esperança, as quais devem ser periodicamente avaliadas e implementadas. Segundo, as percepções equivocadas sobre consciência diagnóstica, prognóstica, terapêutica, bem como diferentes sofrimentos e condições que declinam a QVRS, além de impactar na esperança, é indicativo de que a comunicação é falha, precisar ser qualitativamente melhorada.

Na atualidade muito tem se discutido sobre a medicina de precisão oncogenômica, tratamentos ultramodernos ou minimamente invasivos, enfermagem

de navegação e prática avançada em oncologia. No entanto, é fortemente relacional que a esperança permeia as diferentes jornadas e o planejamento terapêutico de todos os pacientes, principalmente em PVCA. Portanto, é crucial que os profissionais clínicos e provedores considerem esse constructo para atender ao máximo possível as necessidades de cuidados e a multidimensionalidade dessas pessoas e suas famílias, os quais não deveriam ser assistidos disjuntivamente. Afinal, a esperança é um recurso terapêutico que pode trazer luz à obscuridade e precisa ser promovida.

Na **pesquisa**, este estudo assim como tantos outros ajudam a lançar luz sobre uma temática sensível e subjetiva, mas que com método robusto e duro de pesquisa se propôs a buscar evidências consistentes. Ao mesmo tempo que faz um apelo a futuras pesquisas observacionais e de intervenção para aumentar a esperança ou novas formulações da TFB para minimizar múltiplos sofrimentos psicoemocionais. Algumas delas poderão ser adaptadas deste estudo, na proposição de para atender às necessidades únicas das PVCA.

No **ensino**, este estudo reforça que a visão holística amplamente discutida na graduação precisa ser sempre reforçada, não limitada a visão reducionista da fisiopatologia e diferentes tratamentos. Os resultados contribuem na compreensão de questões sensíveis, dentre as frequentes necessidades de cuidados não atendidas e intervenções de saúde integrativa que se faz necessário lançar um olhar já nas etapas iniciais da formação.

8 CONCLUSÃO

Este estudo confirma a hipótese nula de que a fórmula de TFB (*Cherry Plum, Crab Apple, Gorse, Mimulus, Mustard, Olive, Sweet Chestnut, White Chestnut e Wild Oat*) não teve efeito superior ao placebo na esperança e QVRS dos participantes em tratamento paliativo, com base no modelo estatístico utilizado para análise. Associado aos eventos adversos leves reportados, sugerem cautela no uso de conservante alcoólico nesta população.

Os escores de esperança e QVRS dos participantes na inclusão do estudo foram elevados e se manter em ascensão durante o seguimento em ambos os grupos. As diferenças mínimas para os escores não foram relevantes, embora seja possível considerar um efeito clínico relevante mesmo sem a significância estatística. Os construtos são fortemente relacionados, níveis de esperança elevados estão associados aos diferentes domínios da QVRS.

Apesar dos resultados obtidos, não é possível considerar que todos os florais da fórmula são inadequados nos desfechos mensurados, estudos futuros devem considerar a TFB para uma miríade de condições psicoemocionais em pacientes com câncer em diferentes estágios, com uso de instrumentos de medidas validados, desde que alinhado a métodos robustos de pesquisa, devem ajudar a esclarecer os efeitos dos florais enquanto terapia não farmacológica na Oncologia Integrativa, os quais ainda são limitados.

REFERÊNCIAS

- AKEEB, A. A.; KING, Sophia M.; OLAKU, O.; WHITE, J. D. Communication Between Cancer Patients and Physicians About Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review. **Journal of Integrative and Complementary Medicine**, New York, v. 29, n. 2, p. 80–98, 2022. DOI: 10.1089/jicm.2022.0516. Acesso em: 02 fev. 2025.
- AKOO, C.; MCMILLAN, K. An Evolutionary Concept Analysis of Palliative Care in Oncology Care. **Advances in Nursing Science**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 199–209, 2023. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000444. Acesso em: 25 jan. 2025.
- ALBUQUERQUE, L. N. F.; TURRINI, R. N. T. Effects of flower essences on nursing students' stress symptoms: a randomized clinical trial. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 56, p. e20210307, 2022. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0307. Acesso em: 31 mar. 2025.
- ALLAIRE, L.; BLOCK, A.; MARK, S.; PAUL, S. M.; HAMMER, M. J.; CONLEY, Y. P.; COOPER, B. A.; LEVINE, J. D. Unrelieved Stress, Decreased Coping Strategies Are Associated Resilience, and Disengagement With Lower Levels of Hope in Patients With Cancer. **Oncology Nursing Forum**, [S. l.], v. 52, n. 1, p. 23–40, 2025. DOI: 10.1188/25.ONF.23-40. Acesso em: 28 jan. 2025.
- ALMEIDA, R. J. *et al.* Impact of educational level and travel burden on breast cancer stage at diagnosis in the state of Sao Paulo, Brazil. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 8357, 2022. DOI: 10.1038/s41598-022-12487-9. Acesso em: 25 jan. 2025.
- ALSHARIF, F. Discovering the Use of Complementary and Alternative Medicine in Oncology Patients: A Systematic Literature Review. **Evidence-based Complementary and Alternative Medicine**, [S. l.], v. 2021, 2021. DOI: 10.1155/2021/6619243. Acesso em: 28 jan. 2025.
- AMMAR-SHEHADA, W.; ABUSAMAN, K.; BRACKE, P. Perceived support social and marital challenges in the lives of breast cancer survivors after illness : a self-administered cross-sectional survey. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 23, n. 1722, p. 1–12, 2023. DOI: 10.3389/fsoc.2023.1227529. Acesso em: 16 fev. 2025.
- ANTUNES, M.; LARANJEIRA, C.; QUERIDO, A.; CHAREPE, Z. What Do We Know about Hope in Nursing Care?: A Synthesis of Concept Analysis Studies. **Healthcare (Basel, Switzerland)**, Switzerland, v. 11, n. 20, 2023. DOI: 10.3390/healthcare11202739. Acesso em: 31 mar. 2025.
- ARAÚJO, C. L. F.; PAES DA SILVA, M. J.; BASTOS, V. D. Terapia Floral: equilíbrio para as emoções em tempos de pandemia. **ObservaPICS**, [S. l.], v. 1, 2020. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/PDF-Florais-v7.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025.
- ROCHA, M. A. *et al.* Bach Flower Remedies as Complementary Therapies in Health Care: A Scope Review. **Holistic Nursing Practice**, [S. l.], v. 36, n. 6, p. E64–E71,

2022. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000552. Acesso em: 25 jan. 2025.

ARCH, J. J. *et al.* Anxiety and Depression in Metastatic Cancer: A Critical Review of Negative Impacts on Advance Care Planning and End-of-Life Decision Making With Practical Recommendations. **JCO oncology practice**, United States, v. 19, n. 12, p. 1097–1108, 2023. DOI: 10.1200/OP.23.00287. Acesso em: 14 mar. 2025.

AREFIAN, M.; ASGARI-MOBARAKEH, K. Pain Management Nursing Psychoeducational Intervention for Pain, Psychological Distress, Hope, and Post-traumatic Growth Among Breast Cancer Patients During Chemotherapy : A Pilot Randomized Controlled Trial. **Pain Management Nursing**, [S. l.], v. 25, n. 5, p. 355–366, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.04.012>. Acesso em: 14 jan. 2025.

ASHRAFIZADEH, H.; RASSOULI, M. Traditional, complementary, and alternative medicine in cancer care: Challenges and opportunities. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 12–15, 2024. DOI: 10.1016/j.apjon.2023.100321. Acesso em: 01 mar. 2025.

ASLAKSON, R. A. *et al.* Effect of Perioperative Palliative Care on Health-Related Quality of Life Among Patients Undergoing Surgery for Cancer: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Network Open**, [S. l.], v. 6, n. 5, p. e2314660–e2314660, 2023. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.14660. Acesso em: 14 mar. 2025.

BACH, E. **Os remédios florais do Dr Bach**. São Paulo: Pensamento, 1995.

BAIL, J. R.; TRAEGER, L.; PIRL, W. F.; BAKITAS, M. A. Psychological Symptoms in Advanced Cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, [S. l.], v. 34, n. 3, p. 241–251, 2018. DOI: 10.1016/j.soncn.2018.06.005. Acesso em: 28 jan. 2025.

BALITSKY, A. K. *et al.* Patient-Reported Outcome Measures in Cancer Care: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. **JAMA Network Open**, [S. l.], v. 7, n. 8, p. e2424793–e2424793, 2024. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.24793. Acesso em: 16 fev. 2025.

BALSANELLI, A. C. S.; GROSSI, S. A. A. Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy. **Revista da Escola de Enfermagem**, [S. l.], v. 50, n. 6, p. 898–904, 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000700004. Acesso em: 28 jan. 2025.

BALSANELLI, A. C. S.; GROSSI, S. A. A.; HERTH, K. A. Cultural adaptation and validation of the herth hope index for portuguese language: study in patients with chronic illness. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 754–761, 2010. DOI: 10.1590/s0104-07072010000400019. Acesso em: 25 jan. 2025.

BALTUSSEN, J. C. *et al.* Chemotherapy-Related Toxic Effects and Quality of Life and Physical Functioning in Older Patients. **JAMA Network Open**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. E2339116, 2023. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.39116. Acesso em: 16 fev. 2025.

BANDIERI, E. *et al.* Positive Psychological Well-Being in Early Palliative Care: A Narrative Review of the Roles of Hope, Gratitude, and Death Acceptance. **Current Oncology**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 672–684, 2024. DOI: 10.3390/curroncol31020049. Acesso em: 31 mar. 2025.

BARNARD, J.. **Remédios Florais de Bach: forma e função**. São Paulo: Healing, 2021.

BELL, I. R. The Complexity of the Homeopathic Healing Response Part 2: The Role of the Homeopathic Simillimum as a Complex System in Initiating Recovery from Disease. **Homeopathy**, [S. l.], v. 109, n. 2, p. 51–64, 2020. DOI: 10.1055/s-0039-1694999. Acesso em: 31 mar. 2025.

BELL, I. R.; IVES, J. A.; JONAS, W. B. Nonlinear effects of nanoparticles: Biological variability from hormetic doses, small particle sizes, and dynamic adaptive interactions. **Dose-Response**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 202–232, 2014. DOI: 10.2203/dose-response.13-025.Bell. Acesso em: 31 mar. 2025.

BENG, T. S.; *et al.* Hope in Palliative Care: A Thematic Analysis. **Journal of Palliative Care**, [S. l.], v. 37, n. 2, p. 177–182, 2022. DOI: 10.1177/0825859720948976. Acesso em: 16 fev. 2025.

BERGER, V. W. *et al.* A roadmap to using randomization in clinical trials. [S. l.], p. 1–24, 2021. DOI: 10.1186/s12874-021-01303-z. Acesso em: 6 mar. 2025.

BERGHIAN-GROSAN, C. *et al.* Ultra-high dilutions analysis: Exploring the effects of potentization by electron microscopy, Raman spectroscopy and deep learning. **Journal of Molecular Liquids**, [S. l.], v. 401, p. 124537, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.molliq.2024.124537. Acesso em: 25 jan. 2025.

BIZUAYEHU, H. M. *et al.* Global Disparities of Cancer and Its Projected Burden in 2050. **JAMA Network Open**, [S. l.], v. 7, n. 11, p. e2443198–e2443198, 2024. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.43198. Acesso em: 25 jan. 2025.

BOCCOLINI, P. M. M.; BOCLIN, K. L. S.; SOUSA, I. M. C.; BOCCOLINI, C. S. Prevalence of complementary and alternative medicine use in Brazil: results of the National Health Survey, 2019. **BMC Complementary Medicine and Therapies**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 1–11, 2022. DOI: 10.1186/s12906-022-03687-x. Acesso em: 25 jan. 2025.

BOCCOLINI, P. M. M.; SIQUEIRA, C. B. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use in Brazil. **BMC complementary medicine and therapies**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 51, 2020. DOI: 10.1186/s12906-020-2842-8. Acesso em: 14 mar. 2025.

BOUTRON, I.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D.; SCHULZ, K. F.; RAVAUD, P. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. **Annals of internal medicine**, United States, v.167, n. 1, p. 40–47, 2017. DOI:

10.7326/M17-0046. Acesso em: 28 jan. 2025.

BOVERO, A.; OPEZZO, M.; BOTTO, R.; GOTTARDO, F.; TORTA, R. Hope in end-of-life cancer patients: A cross-sectional analysis. **Palliative and Supportive Care**, [S. l.], v. 19, n. 5, p. 563–569, 2021. DOI: 10.1017/S1478951520001388. Acesso em: 16 fev. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. BRASIL.. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Brasil, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics#:~:text=As Práticas Integrativas e Complementares, paliativos em algumas doenças crônicas>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BVS-MTCI. **Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas**. 2024. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/>. Acesso em: 6 mar. 2025.

CABSIN. **Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa**. 2024. Disponível em: <https://cabsin.org.br/>. Acesso em: 6 mar. 2025.

CAMPOS, J. A. D. B.; SPEXOTO, M. C. B.; SERRANO, S. V.; MAROCO, J. Psychometric characteristics of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General when applied to Brazilian cancer patients: a cross-cultural adaptation and validation. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 8, 2016. DOI: 10.1186/s12955-015-0400-8. Acesso em: 25 jan. 2025.

CANCELA, M. C. *et al.* Can the sustainable development goals for cancer be met in Brazil? A population-based study. **Frontiers in Oncology**, [S. l.], v. 12, n. January, 2023. DOI: 10.3389/fonc.2022.1060608. Acesso em: 28 jan. 2025.

CARLSON, L. E. Psychosocial and Integrative Oncology: Interventions Across the Disease Trajectory. **Annual Review of Psychology**, [S. l.], v. 74, p. 457–487, 2023. DOI: 10.1146/annurev-psych-032620-031757. Acesso em: 31 mar. 2025.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. **Health-Related Quality of Life (HRQOL)**. 2022. Disponível em: https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/hrqol/index.htm. Acesso em: 4 mar. 2025.

CELLA, D. F. Quality of life: Concepts and definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 186–192, 1994. DOI: 10.1016/0885-3924(94)90129-5. Acesso em: 14 mar. 2025.

CELLA, D.; NOWINSKI, C. J. Measuring quality of life in chronic illness: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy measurement system. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, [S. l.], v. 83, n. 12 SUPPL. 2, p. 10–17, 2002. DOI: 10.1053/apmr.2002.36959. Acesso em: 25 jan. 2025.

CHAY, J. *et al.* The relationship between hope, medical expenditure and survival among advanced cancer patients. **Frontiers in Psychology**, [S. l.], v. 14, 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1151976. Acesso em: 28 jan. 2025.

CHEN, P. *et al.* Distinct experiences and care needs of advanced cancer patients with good ECOG performance status: a qualitative phenomenological study. **BMC Palliative Care**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 102, 2024. DOI: 10.1186/s12904-024-01425-3. Acesso em: 31 mar. 2025.

CHEN, S. *et al.* Estimates and Projections of the Global Economic Cost of 29 Cancers in 204 Countries and Territories from 2020 to 2050. **JAMA Oncology**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 465–472, 2023. DOI: 10.1001/jamaoncol.2022.7826. Acesso em: 28 jan. 2025.

CHUNG, K. C. *et al.* Symptom impact and health-related quality of life (HRQoL) assessment by cancer stage: a narrative literature review. **BMC Cancer**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 884, 2024. DOI: 10.1186/s12885-024-12612-z. Acesso em: 25 jan. 2025.

CHUN, S.; LEE, S.; HEO, J.; RYU, J.; LEE, K. H. Leisure Activity, Leisure Satisfaction, and Hedonic and Eudaimonic Well-Being Among Older Adults With Cancer Experience. **Psychological reports**, United States, v. 127, n. 2, p. 489–512, 2024. DOI: 10.1177/00332941221123236. Acesso em: 25 jan. 2025.

CIFUENTES, A. D.; TEJEDA, M. C.; CIFUENTES, A. S.; PÉREZ, V. M.; BETANCOURT, M. R. Efectividad de la terapia floral para el tratamiento de la depresión en pacientes adultos mayores con cáncer. **Rev Electron**, [S. l.], v. 39, n. 2, 2014. Disponível em: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/244/430>. Acesso em: 28 jan. 2025.

CLARKE, N. *et al.* A Review of Meaningful Change Thresholds for EORTC QLQ-C30 and FACT-G Within Oncology. **Value in Health**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 458–468, 2024. DOI: 10.1016/j.jval.2023.12.012. Acesso em: 31 mar. 2025.

COHEN, M. G. *et al.* Hope and advance care planning in advanced cancer: Is there a relationship? **Cancer**, [S. l.], v. 128, n. 6, p. 1339–1345, 2022. DOI: 10.1002/cncr.34034. Acesso em: 14 mar. 2025.

CORN, B. W.; FELDMAN, D. B.; HULL, J. G.; O'ROURKE, M. A.; BAKITAS, M. A. Dispositional hope as a potential outcome parameter among patients with advanced malignancy: An analysis of the ENABLE database. **Cancer**, [S. l.], v. 128, n. 2, p. 401–409, 2022. DOI: 10.1002/cncr.33907. Acesso em: 14 mar. 2025.

CORN, B. W.; FELDMAN, D. B.; WEXLER, I. The science of hope. **The Lancet Oncology**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. e452–e459, 2020. DOI: 10.1016/S1470-2045(20)30210-2. Acesso em: 28 jan. 2025.

CROSBY, D. *et al.* Early detection of cancer. **Science**, [S. l.], v. 375, n. 6586, 2022. DOI: 10.1126/science.aay9040. Acesso em: 31 mar. 2025.

DALY, L. E. *et al.* Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. **Cancer**, [S. l.], v. 126, n. 12, p. 2872–2882, 2020. DOI: 10.1002/cncr.32824. Acesso em: 16 fev. 2025.

DEL TORO AÑEL, A. Y. *et al.* Terapia floral en el tratamiento de estudiantes de medicina con estrés académico. **MEDISAN**, [S. l.], v. 18, n. (7), p. 890–899, 2014. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2025.

DEMARTINI, J. *et al.* Patients' Hopes for Advanced Cancer Treatment. **Journal of Pain and Symptom Management**, [S. l.], v. 57, n. 1, p. 57- 63.e2, 2019. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.09.014. Acesso em: 14 mar. 2025.

DEO, S. *et al.* Palliative surgery for advanced cancer: Clinical profile, spectrum of surgery and outcomes from a tertiary care cancer centre in low-middle-income country. **Indian Journal of Palliative Care**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 281–285, 2021. DOI: 10.25259/IJPC_399_20. Acesso em: 25 jan. 2025.

DEO, S.; SHARMA, J.; KUMAR, S. GLOBOCAN 2020 Report on Global Cancer Burden: Challenges and Opportunities for Surgical Oncologists. **Annals of Surgical Oncology**, [S. l.], v. 29, n. 11, p. 6497–6500, 2022. DOI: 10.1245/s10434-022-12151-6. Acesso em: 28 jan. 2025.

DUFAULT, K.; MARTOCCHIO, B. C. Hope: its spheres and dimensions. **The Nursing clinics of North America**, United States, v. 20, n. 2, p. 379–391, 1985.

DY, S. M. *et al.* Integrating Palliative Care in Ambulatory Care of Noncancer Serious Chronic Illness. **Ann Fam Med**, Rockville (MD), v. 20, n. (1), 2022. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2754>. Acesso em: 25 jan. 2025.

EORTC, European Organisation for Cancer Research and Treatment of. **Quality of life**. 2025. Disponível em: <https://qol.eortc.org/quality-of-life/>. Acesso em: 6 mar. 2025.

ERNST, E. Bach flower remedies: A systematic review of randomised clinical trials. **Swiss Medical Weekly**, [S. l.], v. 140, n. OCTOBER, p. 29–31, 2010. DOI: 10.4414/smw.2010.13079. Acesso em: 28 jan. 2025.

ESCRITT, K.; MANN, M.; NELSON, A.; HARROP, E. Hope and meaning - making in phase 1 oncology trials : a systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence on patient - participant experiences. **Trials**, [S. l.], 2022. DOI: 10.1186/s13063-022-06306-9. Acesso em: 14 mar. 2025.

FAISAL-CURY, A.; RODRIGUES, D. M. O. Prevalence and associated factors with traditional, complementary and integrative medicine in Brazil: A population-based study. **European Journal of Integrative Medicine**, [S. l.], v. 53, p. 102146, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102146>. Acesso em: 28 jan. 2025.

FARRAN, C. J.; HERTH, K. A.; POPOVICH, J. M. **Hope and hopelessness: Critical clinical constructs**. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, 1995.

FARRAN, C. J.; WILKEN, C.; POPOVICH, J. M. Clinical assessment of Hope. **Issues in Mental Health Nursing**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 129–138, 1992. DOI: 10.3109/01612849209040528. Acesso em: 31 mar. 2025.

FEDEL, I. L.; GNATTA, J. R.; TURRINI, R. N. T. Flower therapy effect on the quality of professional life in nursing residents: pilot study. **Enfermería Actual de Costa Rica**, [S. l.], v. 45, n. 56111, p. 1–16, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i45.49923>. Acesso em: 16 fev. 2025.

FELDMAN, D. B.; CORN, B. W. Hope and cancer. **Current Opinion in Psychology**, [S. l.], v. 49, p. 101506, 2023. DOI: 10.1016/j.copsyc.2022.101506. Acesso em: 14 mar. 2025.

FELDMAN, D. B.; JAZAIERI, H. Feeling hopeful: development and validation of the trait emotion hope scale. **Frontiers in Psychology**, [S. l.], v. 15, n. January, 2024. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1322807. Acesso em: 25 jan. 2025.

FERLAY *et al.* **Global Cancer Observatory: Cancer Today**. 2024. Disponível em: <https://gco.iarc.who.int/today>. Acesso em: 17 mar. 2024.

FERREL, B. R.; PAICE, J. A. The Meaning of Hope in the Dying. In: **Oxford Textbook of Palliative Nursing**. [s.l.: s.n.]. p. 1–29. DOI: 10.1093/med/9780190862374.001.0001. Acesso em: 25 jan. 2025.

FINKELSTEIN, E. A. *et al.* Hope, bias and survival expectations of advanced cancer patients: A cross-sectional study. **Psycho-Oncology**, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 780–788, 2021. DOI: 10.1002/pon.5675. Acesso em: 25 jan. 2025.

FRICK, C. *et al.* Quantitative estimates of preventable and treatable deaths from 36 cancers worldwide: a population-based study. **The Lancet Global Health**, [S. l.], v. 11, n. 11, p. e1700–e1712, 2023. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00406-0. Acesso em: 28 jan. 2025.

FRISCH, N. C.; RABINOWITSCH, D. What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. **Journal of Holistic Nursing**, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 260–272, 2019. DOI: 10.1177/0898010119860685. Acesso em: 16 fev. 2025.

FUKUSHIMA, T.; SUZUKI, K.; TANAKA, T.; OKAYAMA, T.; INOUE, J. Global quality of life and mortality risk in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. **Quality of Life Research**, [S. l.], v. 33, n. 10, p. 2631–2643, 2024. DOI: 10.1007/s11136-024-03691-3. Acesso em: 16 fev. 2025.

FUSCO, S. F. B. *et al.* Efficacy of Flower Therapy for Anxiety in Overweight or Obese

Adults: A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial. **Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)**, United States, v. 27, n. 5, p. 416–422, 2021. DOI: 10.1089/acm.2020.0305. Acesso em: 25 jan. 2025.

GARCIA-CERDE, R. *et al.* Use of integrative and complementary health practices by Brazilian population: results from the 2019 National Health Survey. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1–12, 2023. DOI: 10.1186/s12889-023-16083-y. Acesso em: 14 mar. 2025.

GAVA, F. G. S.; TURRINI, R. N. T.. **Flower therapy and perceived stress in primary health care nursing professionals: randomized clinical trial** *Revista Gaúcha de Enfermagem* scielo, 2024. DOI: 10.1590/1983-1447.2024.20230132.en. Acesso em: 25 jan. 2025.

GAYATRI, D.; EFREMOV, L.; KANTELHARDT, E. J.; MIKOLAJCZYK, R. Quality of life of cancer patients at palliative care units in developing countries: systematic review of the published literature. **Quality of Life Research**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 315–343, 2021. DOI: 10.1007/s11136-020-02633-z. Acesso em: 28 jan. 2025.

GBD 2021. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet**, [S. l.], p. 1990–2021, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00367-2. Acesso em: 28 jan. 2025.

GEIJTEMAN, E. C. T.; KUIP, E. J. M.; OSKAM, J.; LEES, D.; BRUERA, E. Illness trajectories of incurable solid cancers. **Bmj**, [S. l.], p. 1–8, 2024. DOI: 10.1136/bmj-2023-076625. Acesso em: 31 mar. 2025.

GEORGE, L. S. *et al.* Palliative Chemotherapy or Radiation and Prognostic Understanding among Advanced Cancer Patients: The Role of Perceived Treatment Intent. **Journal of Palliative Medicine**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 33–39, 2020. DOI: 10.1089/jpm.2018.0651. Acesso em: 25 jan. 2025.

GOTINK, J. *et al.* Exploring educational disparities in breast cancer dynamics: a comprehensive analysis of incidence, death within 5 years of diagnosis, and mortality in the Belgian context. **BMC cancer**, England, v. 24, n. 1, p. 1399, 2024. DOI: 10.1186/s12885-024-13145-1. Acesso em: 31 mar. 2025.

GOWIN, K.; MUMINOVIC, M.; ZICK, S. M.; LEE, R. T.; LACCHETTI, C.; MEHTA, A. Integrative Therapies in Cancer Care: An Update on the Guidelines. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, [S. l.], v. 44, n. 3, p. e431554, 2024. DOI: 10.1200/EDBK_431554. Acesso em: 28 jan. 2025.

GUEDES, A.; CARVALHO, M.; LARANJEIRA, C.; QUERIDO, A.; CHAREPE, Z. Hope in palliative care nursing: Concept analysis. **International Journal of Palliative Nursing**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 176–187, 2021. DOI: 10.12968/ijpn.2021.27.4.176. Acesso em: 14 mar. 2025.

GUERRINI, I. A.; DOMENE, T. G.. **Como as conexões quânticas auxiliam na busca da saúde integral: as bases científicas da terapia floral e de outras terapias sutis**. Curitiba: Appris, 2020.

GULIYEVA, G. *et al.* Increased hope levels correlate with life satisfaction in cancer patients: A systematic review. **Advances in Integrative Medicine**, v. 9, n. 3, p. 145–150, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2022.06.002>. Acesso em: 25 jan. 2025.

GURGEL, I. O. *et al.* Prevalência de práticas integrativas e complementares em pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, n. 64450, p. 2176–9133, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.64450>. Acesso em: 25 jan. 2025.

HALBERSTEIN, R. A.; SIRKIN, A.; OJEDA-VAZ, M. M. When Less Is Better : A Comparison of Bach Flower Remedies and Homeopathy. **Ann Epidemiol**, [S. l.], v. 20, n. 4, p. 298–307, 2010. DOI: [10.1016/j.annepidem.2009.11.006](https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.11.006). Acesso em: 28 jan. 2025.

HART, N. H. *et al.* Survivorship care for people affected by advanced or metastatic cancer: MASCC-ASCO standards and practice recommendations. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 32, n. 5, p. 1–15, 2024. DOI: [10.1007/s00520-024-08465-8](https://doi.org/10.1007/s00520-024-08465-8). Acesso em: 28 jan. 2025.

HART, N. H. *et al.* Unmet supportive care needs of people with advanced cancer and their caregivers: A systematic scoping review. **Critical reviews in oncology/hematology**, Netherlands, v. 176, p. 103728, 2022. DOI: [10.1016/j.critrevonc.2022.103728](https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103728). Acesso em: 31 mar. 2025.

HAUGAN, G.; ERIKSSON, M. **Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research**. [s.l.]: Springer International Publishing, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2>. Acesso em: 6 mar. 2025.

HEGDE, M. *et al.* Nanoparticles in the diagnosis and treatment of cancer metastases: Current and future perspectives. **Cancer Letters**, [S. l.], v. 556, p. 216066, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canlet.2023.216066>. Acesso em: 25 jan. 2025.

HENKE, O. *et al.* International cooperation to fight cancer's late-stage presentation in low- and middle-income countries. **Clinical and Experimental Metastasis**, [S. l.], v. 40, n. 1, p. 1–3, 2023. DOI: [10.1007/s10585-022-10196-1](https://doi.org/10.1007/s10585-022-10196-1). Acesso em: 14 mar. 2025.

HERTH, K. A. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 17, n. 10, p. 1251–1259, 1992. DOI: [10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x). Acesso em: 28 jan. 2025.

HERTH, K. A. Development and refinement of an instrument to measure hope. **Scholarly inquiry for nursing practice**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 39–51; 53, 1991.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2063043/>. Acesso em: 28 jan. 2025.
HERTH, K. A. Hope in the family caregiver of terminally ill people. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 538–548, 1993. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1993.18040538.x. Acesso em: 25 jan. 2025.

HERTH, K. A.; CUTCLIFFE, J. R. The concept of hope in nursing 4: hope and gerontological nursing. **British journal of nursing (Mark Allen Publishing)**, [S. l.], v. 11, n. 17, p. 1148–1156, 2002. DOI: 10.12968/bjon.2002.11.17.1148. Acesso em: 28 jan. 2025.

HOENDERS, R. *et al.* A review of the WHO strategy on traditional, complementary, and integrative medicine from the perspective of academic consortia for integrative medicine and health. **Sec. Family Medicine and Primary Care**, [S. l.], v. 11, n. June, p. 1–15, 2024. DOI: 10.3389/fmed.2024.1395698. Acesso em: 14 mar. 2025.

HUDA, N.; SHAW, M. K.; CHANG, H. Psychological Distress Among Patients With Advanced Cancer: A Conceptual Analysis. **Cancer nursing**, [S. l.], v. Publish Ah, 2021. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000940. Acesso em: 31 mar. 2025.

HUDOCK, N. L. *et al.* Future trends in incidence and long-term survival of metastatic cancer in the United States. **Communications Medicine**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 1–7, 2023. DOI: 10.1038/s43856-023-00304-x. Acesso em: 28 jan. 2025.

HYLAND, K. A. *et al.* Goals and goal perceptions in patients with advanced stage lung cancer: a mixed methods study. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 31, n. 5, p. 1–10, 2023. DOI: 10.1007/s00520-023-07745-z. Acesso em: 28 jan. 2025.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.

BIPARVA, A. J. *et al.* Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis. **BMJ supportive & palliative care**, England, v. 13, n. e3, p. e528–e536, 2024. DOI: 10.1136/bmjspcare-2022-003642. Acesso em: 25 jan. 2025.

JOHNS, A. C. *et al.* Checkpoint inhibitor immunotherapy toxicity and overall survival among older adults with advanced cancer. **Journal of Geriatric Oncology**, [S. l.], v. 12, n. 5, p. 813–819, 2021. DOI: 10.1016/j.jgo.2021.02.002. Acesso em: 31 mar. 2025.

KAVALIERATOS, D. *et al.* Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA**, United States, v. 316, n. 20, p. 2104–2114, 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.16840. Acesso em: 31 mar. 2025.

KEANE, D. *et al.* Improving quality of life and symptom experience in patients with metastatic breast cancer: A systematic review of supportive care interventions. **Psycho-oncology**, England, v. 32, n. 8, p. 1192–1207, 2023. DOI:

10.1002/pon.6183. Acesso em: 28 jan. 2025.

KING, M. *et al.* Assessing quality of life in palliative care settings: head-to-head comparison of four patient-reported outcome measures (EORTC QLQ-C15-PAL, FACT-Pal, FACT-Pal-14, FACT-G7). **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 141–153, 2020. DOI: 10.1007/s00520-019-04754-9. Acesso em: 14 mar. 2025.

KITASHITA, M.; SUZUKI, K. Hope and its associated factors in cancer patients undergoing drug therapy: a systematic review. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 31, n. 10, p. 1–15, 2023. DOI: 10.1007/s00520-023-08046-1. Acesso em: 25 jan. 2025.

KOLSTEREN, E. E. M.; *et al.* Psychological aspects in patients with advanced cancer receiving lifelong systemic treatment: Protocol for a scoping review. **BMJ Open**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 1–4, 2021. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-042404. Acesso em: 28 jan. 2025.

KOLSTEREN, E. E. M. *et al.* Psychosocial Aspects of Living Long Term with Advanced Cancer and Ongoing Systemic Treatment: A Scoping Review. **Cancers**, [S. l.], v. 14, n. 16, p. 1–19, 2022. DOI: 10.3390/cancers14163889. Acesso em: 31 mar. 2025.

KUMAR, D. *et al.* Revisiting the Association of ECOG Performance Status With Clinical Outcomes in Diverse Patients With Cancer. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN**, United States, v. 22, n. 2 D, 2024. DOI: 10.6004/jnccn.2023.7111. Acesso em: 25 jan. 2025.

KWONG, M. H. *et al.* Integrative oncology in cancer care – implementation factors: mixed-methods systematic review. **BMJ Supportive Palliative Care**, [S. l.], p. spcare-2022-004150, 2023. DOI: 10.1136/spcare-2022-004150. Acesso em: 31 mar. 2025.

LANG, P. G. M. B. **Terapia Floral: uma revisão integrativa da literatura**. 2020. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.108.2020.tde-04052021-163536>. Acesso em: 31 mar. 2025.

LANG, T. A.; STROUP, D. F. Who knew? The misleading specificity of "double-blind" and what to do about it. *Trials*. 2020 Aug 5;21(1):697. DOI: 10.1186/s13063-020-04607-5. Acesso em: 31 mar. 2025.

LARANJEIRA, C. A.; QUERIDO, A. I. F. The multidimensional model of hope as a recovery-focused practice in mental health nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 75, n. Supl 3, p. 1–6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0474>. Acesso em: 14 mar. 2025.

LAURIOLA, M.; TOMAI, M. Biopsychosocial Correlates of Adjustment to Cancer during Chemotherapy: The Key Role of Health-Related Quality of Life. **Scientific**

World Journal, [S. l.], v. 2019, 2019. DOI: 10.1155/2019/9750940. Acesso em: 31 mar. 2025.

LEE, E. L.; RICHARDS, N.; HARRISON, J.; BARNES, J. Prevalence of Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine by the General Population: A Systematic Review of National Studies Published from 2010 to 2019. **Drug Safety**, [S. l.], v. 45, n. 7, p. 713–735, 2022. a. DOI: 10.1007/s40264-022-01189-w. Acesso em: 28 jan. 2025.

LEE, E. M. *et al.* Toxicities and Quality of Life during Cancer Treatment in Advanced Solid Tumors. **Current Oncology**, [S. l.], v. 30, n. 10, p. 9205–9216, 2023. DOI: 10.3390/curroncol30100665. Acesso em: 28 jan. 2025.

LEE, J. *et al.* Trajectories of Health-related quality of life in patients with Advanced Cancer during the Last Year of Life: findings from the COMPASS study. **BMC Palliative Care**, [S. l.], v. 21, n. 1, 2022. b. DOI: 10.1186/s12904-022-01075-3. Acesso em: 28 jan. 2025.

LI, Y. *et al.* Hope and symptom burden of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**, [S. l.], v. 30, n. 15–16, p. 2293–2300, 2021. DOI: 10.1111/jocn.15759. Acesso em: 25 jan. 2025.

LIMA, C. A. A. N. A.; JÚNIOR, J. S. G.; OLIVEIRA, V. B. Estudo comparativo das características físico-químicas dos Florais de Bach. **Revista Brasileira de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**, [S. l.], v. 3, n. 5 SE, p. 108–119, 2023. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/revista-praticas-interativas/article/view/1380>. Acesso em: 31 mar. 2025.

LOHNE, V. 'Hope as a lighthouse' A meta-synthesis on hope and hoping in different nursing contexts. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [S. l.], n. August 2020, p. 36–48, 2021. DOI: 10.1111/scs.12961. Acesso em: 14 mar. 2025.

LOUČKA, M. *et al.* Hope and illness expectations: A cross-sectional study in patients with advanced cancer. **Palliative medicine**, England, v. 38, n. 1, p. 131–139, 2024. DOI: 10.1177/02692163231214422. Acesso em: 25 jan. 2025.

LOUIE, A. D.; MINER, T. J. Palliative surgery and the surgeon's role in the palliative care team: a review. **Annals of Palliative Medicine**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 907–917, 2022. DOI: 10.21037/apm-20-2381. Acesso em: 31 mar. 2025.

LUTGENDORF, S. K. *et al.* The biology of hope: Inflammatory and neuroendocrine profiles in ovarian cancer patients. **Brain, Behavior, and Immunity**, [S. l.], v. 116, n. December 2023, p. 362–369, 2024. DOI: 10.1016/j.bbi.2023.12.014. Acesso em: 28 jan. 2025.

LYONS, K. D. *et al.* Reliability and Validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) Scale. **J Pain Symptom Manage**, [S. l.], v. 37, n. 1, p. 23–32, 2010. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2007.12.015. Reliability.

Acesso em: 6 mar. 2025.

MANALO, M. F. C. *et al.* Cancer patients' awareness of extent of disease: anxiety, depression, quality of life. **BMJ supportive & palliative care**, England, 2023. DOI: 10.1136/spcare-2022-004112. Acesso em: 6 mar. 2025.

MANI, K. *et al.* Causes of death among people living with metastatic cancer. **Nature Communications**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 1–9, 2024. DOI: 10.1038/s41467-024-45307-x. Acesso em: 6 mar. 2025.

MANTLE, F. Bach flower remedies. **Complementary therapies in nursing & midwifery**, [S. l.], v. 3, n. 5, p. 142–144, 1997. DOI: 10.1016/S1353-6117(97)80015-7. Acesso em: 6 mar. 2025.

MAO, J. J. *et al.* Integrative oncology: Addressing the global challenges of cancer prevention and treatment. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, [S. l.], v. 72, n. 2, p. 144–164, 2022. DOI: 10.3322/caac.21706. Acesso em: 14 mar. 2025.

MAO, Z. *et al.* Similarities and Differences in Health-Related Quality-of-Life Concepts Between the East and the West: A Qualitative Analysis of the Content of Health-Related Quality-of-Life Measures. **Value in Health Regional Issues**, [S. l.], v. 24, p. 96–106, 2020. DOI: 10.1016/j.vhri.2020.11.007. Acesso em: 14 mar. 2025.

MARCONDES, L. *et al.* Effect of Laser Auriculotherapy on Quality of Life, Fatigue, and Anxiety in Women with Advanced Breast Cancer: Randomized Clinical Trial. **Healthcare**, [S. l.], v. 13, n. 166, p. 2–20, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13020166>. Acesso em: 25 jan. 2025.

MATHEWS, J. *et al.* Measuring prognostic awareness in patients with advanced cancer: a scoping review and interpretive synthesis of the impact of hope. **JNCI: Journal of the National Cancer Institute**, [S. l.], v. 116, n. 4, p. 506–517, 2024. DOI: 10.1093/jnci/djad267. Acesso em: 31 mar. 2025.

MCCLEMENT, S. E.; MAX, H. Hope in advanced cancer patients. **Eur J Cancer**. 2008 May;44(8):1169-74. DOI: 10.1016/j.ejca.2008.02.031. Acesso em: 28 jan. 2025.

MERCADANTE, S. *et al.* The use of complementary alternative medicines in advanced cancer patients followed at home. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 30, n. 3, p. 2003–2008, 2022. DOI: 10.1007/s00520-021-06580-4. Acesso em: 6 mar. 2025.

MILLS, S.; DONNAN, P.; BUCHANAN, D.; SMITH, B. H. Age and cancer type: associations with increased odds of receiving a late diagnosis in people with advanced cancer. **BMC Cancer**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1–7, 2023. DOI: 10.1186/s12885-023-11652-1. Acesso em: 28 jan. 2025.

MOREIRA, A. D.; *et al.* Investigation of cancer incidence in ELSA-Brasil. **Cancer Epidemiology**, [S. l.], v. 87, n. June, 2023. DOI: 10.1016/j.canep.2023.102467. Acesso em: 31 mar. 2025.

MURILLO, R. *et al.* Use of complementary and alternative medicine by cancer patients in Colombia. **BMC Complementary Medicine and Therapies**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1–9, 2023. DOI: 10.1186/s12906-023-04144-z. Acesso em: 14 mar. 2025.

NAGY, D. S.; *et al.* The Role of Spirituality and Religion in Improving Quality of Life and Coping Mechanisms in Cancer Patients Healthcare, **Healthcare**, 2024, 12, 2349. DOI: 10.3390/healthcare12232349. Acesso em: 25 jan. 2025.

NAZAM, F.; HUSAIN, A. Hope, meaning in life and religious/spiritual struggle predicts the quality of life in cancer patients with early and advanced malignancy: a structural equation modeling approach. **Health Psychology and Behavioral Medicine**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 1–21, 2024. DOI: 10.1080/21642850.2024.2351936. Acesso em: 14 mar. 2025.

NCCIH. National Center for Complementary and Integrative Health. **Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?** 2022. Disponível em: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>. Acesso em: 31 mar. 2014.

NG, J. Y.; *et al.* Operational definition of complementary, alternative, and integrative medicine derived from a systematic search. **BMC Complementary Medicine and Therapies**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 1–39, 2022. DOI: 10.1186/s12906-022-03556-7. Acesso em: 14 mar. 2025.

NG, J. Y.; *et al.* The Brief History of Complementary, Alternative, and Integrative Medicine Terminology and the Development and Creation of an Operational Definition. **Integrative Medicine Research**, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 100978, 2023. DOI: 10.1016/j.imr.2023.100978. Acesso em: 31 mar. 2025.

NG, S.; OZDEMIR, S. The associations between prognostic awareness and health-related quality of life among patients with advanced cancer: A systematic review. **Palliative medicine**, England, v. 37, n. 6, p. 808–823, 2023. DOI: 10.1177/02692163231165325. Acesso em: 6 mar. 2025.

NIEROP-VAN BAALEN, C.; GRYPDONCK, M.; VAN HECKE, A.; VERHAEGHE, S. Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 76, n. 7, p. 1520–1537, 2020. DOI: 10.1111/jan.14344. Acesso em: 28 jan. 2025.

NIKOLOUDI, M. *et al.*; TSILIKA, E.; KOSTOPOULOU, S.; MYSTAKIDOU, K. Hope and Distress Symptoms of Oncology Patients in a Palliative Care Setting. **Cureus**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 1–7, 2023. DOI: 10.7759/cureus.38041. Acesso em: 6 mar. 2025.

NOLAZCO, J. I.; CHANG, S. L. The role of health-related quality of life in improving cancer outcome. **Journal of Clinical and Translational Research**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 110–114, 2023. DOI: 10.18053/jctres.09.202302.006. Acesso em: 6 mar. 2025.

OBISPO-PORTERO, B. *et al.* Anxiety and depression in patients with advanced

cancer during the COVID-19 pandemic. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], n. 0123456789, 2022. DOI: 10.1007/s00520-021-06789-3. Acesso em: 25 jan. 2025.

OBSERVAPICS. **Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde**. 2024. Disponível em: <https://observapics.fiocruz.br/>. Acesso em: 14 abr. 2024.

OKEN, M. *et al.* Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group American Journal of Clinical Oncology. **Am J Clin Oncol**, 1982 Dec;5(6):649-55. DOI: 10.1097/00000421-198212000-00014. Acesso em: 14 mar. 2025.

OLIVEIRA, F. N. *et al.* Use of Bach flower remedies in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Systematic review and meta-analysis. **Advances in Integrative Medicine**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 93–100, 2023. DOI: 10.1016/j.aimed.2023.07.001. Acesso em: 31 mar. 2025.

OZDEMIR, S. *et al.* Advanced Cancer Patients' Prognostic Awareness and Its Association With Anxiety, Depression and Spiritual Well-Being: A Multi-Country Study in Asia. **Clinical Oncology**, [S. l.], v. 34, n. 6, p. 368–375, 2022. DOI: 10.1016/j.clon.2021.11.041. Acesso em: 31 mar. 2025.

PAIVA, C. E. *et al.* Anticancer Treatment Goals and Prognostic Misperceptions among Advanced Cancer Outpatients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 10, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19106272. Acesso em: 28 jan. 2025.

PARDO-CABELLO, A. J.; MANZANO-GAMERO, V.; PUCHE-CAÑAS, E. Placebo: a brief updated review. **Naunyn-Schmiedeberg's archives of pharmacology**, Germany, v. 395, n. 11, p. 1343–1356, 2022. DOI: 10.1007/s00210-022-02280-w. Acesso em: 25 jan. 2025.

PARKER, A. L. *et al.* Current challenges in metastasis research and future innovation for clinical translation. **Clinical and Experimental Metastasis**, v. 39, n. 2, p. 263–277, 2022. DOI: 10.1007/s10585-021-10144-5. Acesso em: 31 mar. 2025.

PATERSON, C. *et al.* What Are the Unmet Supportive Care Needs of People Affected by Cancer: An Umbrella Systematic Review. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 39, n. 3, 2023. DOI: 10.1016/j.soncn.2022.151353. Acesso em: 28 jan. 2025.

PEARMAN, T.; *et al.* Ambulatory cancer and US general population reference values and cutoff scores for the functional assessment of cancer therapy. **Cancer**, v. 120, n. 18, p. 2902–2909, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.28758>. Acesso em: 14 mar. 2025.

PING, J.; LIU, W.; CHEN, Z.; LI, C. Lymph node metastases in breast cancer: Mechanisms and molecular imaging. **Clinical Imaging**, v. 103, p. 109985, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2023.109985>. Acesso em: 25 jan. 2025.
PINTO, L. D.; MOURÃO, M. A.; BRUZAFERRO, N. F.; ASSUNÇÃO, R. M. C. S. **As**

essências florais nos ciclos da vida: da concepção à morte. 2ª ed. São Paulo: Blossom, 2019.

PINTO, M. H.; LEITE, A. C. A. B.; NERIS, R. R.; KUSUMOTA, L. Experience of hope in older people with chronic illness: A meta-synthesis. **Int J Older People Nurs**, v. e12579, n. Feb, p. 1–14, 2023. DOI: 10.1111/opn.12579. Acesso em: 31 mar. 2025.

PINTO, R. H. *et al.* Effect of Flower Essence Therapy on Teachers' Stress: a Randomized Clinical Trial. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 24, p. 1–8, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200055. Acesso em: 28 jan. 2025.

PINTOV, S. *et al.* Bach flower remedies used for attention deficit hyperactivity disorder in children – A prospective double blind controlled study. **European Journal of Paediatric Neurology**, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 395–398, 2005. DOI: 10.1016/j.ejpn.2005.08.001. Acesso em: 6 mar. 2025.

PITILIN, E. B. *et al.* Flower therapy in the evolution of childbirth and in the painanxiety-stress triad: quasi-experimental study. **ACTA Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 35, p. 1–11, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO02491. Acesso em: 6 mar. 2025.

PLATEFORME CEPS. **Plataforma universitária colaborativa para avaliação de programas de prevenção e cuidados de apoio.** Montpellier, França, 2023. Disponível em: <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/nos-services/classificationinm>. Acesso em: 25 jan. 2025.

PLEEGING, E. Measuring hope: validity of short versions of four popular hope scales. **Quality and Quantity**, [S. l.], n. 0123456789, 2022. DOI: 10.1007/s11135-022-01316-w. Acesso em: 25 jan. 2025.

PLEEGING, E.; BURGER, M.; VAN EXEL, J. Hope Mediates the Relation between Income and Subjective Well-Being. **Journal of Happiness Studies**, [S. l.], v. 22, n. 5, p. 2075–2102, 2021. DOI: 10.1007/s10902-020-00309-6. Acesso em: 31 mar. 2025.

PLEEGING, E.; VAN EXEL, J.; BURGER, M. Characterizing Hope: An Interdisciplinary Overview of the Characteristics of Hope. **Applied Research Quality Life**, 2021. DOI: 10.1007/s11482-021-09967-x. Acesso em: 28 jan. 2025.

POLACEK, L. C. *et al.* How patients with advanced cancer conceptualize prognosis: A phenomenological qualitative inquiry. **Palliative Medicine**, [S. l.], v. 37, n. 7, p. 1006–1015, 2023. DOI: 10.1177/02692163231173067. Acesso em: 25 jan. 2025.

PORCAR-CASTELL, C.; ESMEL-ESMEL, N. The effect of Bach flower remedies on quality of life and sleep in hospital professionals during the Covid-19 pandemic. **TMR Integrative Nursing**, [S. l.], v. 5, n. 6, p. 195–202, 2021. DOI: 10.53388/tmrin2021195202. Acesso em: 31 mar. 2025.

PUTRANTO, R. *et al.* The association of prognostic awareness with quality of life,

spiritual well-being, psychological distress, and pain severity in patients with advanced cancer: Results from the APPROACH Study in Indonesia. **Palliative and Supportive Care**, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 1778–1784, 2024. DOI: 10.1017/S1478951524000269. Acesso em: 31 mar. 2025.

QAMA, E.; DIVIANI, N.; GRIGNOLI, N.; RUBINELLI, S. Health professionals' view on the role of hope and communication challenges with patients in palliative care: A systematic narrative review. **Patient Education and Counseling**, [S. l.], v. 105, n. 6, p. 1470–1487, 2022. DOI: 10.1016/j.pec.2021.09.025. Acesso em: 14 mar. 2025.

RAHMAN, R. *et al.* Quality of life and its predictors among patients with metastatic cancer in Bangladesh: the APPROACH survey. **BMC Palliative Care**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 1–9, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01301-6>. Acesso em: 25 jan. 2025.

RAIBER, L.; RAFF, C.; THIELE, J.; KRAMER, K. Integrative Nursing Interventions for Cancer-Related Symptoms in Oncology Inpatients: Results of a Descriptive Pilot Study. **Integr Cancer Ther**, 2024 Jan-Dec;23:15347354241239930. DOI: 10.1177/15347354241239930. Acesso em: 6 mar. 2025.

RAJESWARAN, T. *et al.* Quality of life issues in patients with bone metastases: A systematic review. **Supportive care in cancer**, Germany, v. 32, n. 1, p. 18, 2023. DOI: 10.1007/s00520-023-08241-0. Acesso em: 31 mar. 2025.

RALPH, R. M. *et al.* Funcionalidade, sintomas diversos e qualidade de vida de pacientes submetidos à quimioterapia paliativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S. l.], v. 45, n. 4.a3316, p. 27–41, 2021. DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.n4.a3316. Acesso em: 25 jan. 2025.

RAMOS, T. H.; *et al.* Esperança da Pessoa com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 70, n. 2, p. e–074661, 2024. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n2.4661. Acesso em: 25 jan. 2025.

RESENDE, T. C. *et al.* Effect of floral therapy in mothers of premature newborns : A randomized controlled trial. **Acta Psychologica**, [S. l.], v. 252, n. June 2024, 2025. DOI: 10.1016/j.actpsy.2024.104642. Acesso em: 25 jan. 2025.

RIBEIRO, L. A. S.; ARAÚJO, M. N.; MENDONÇA, T. M. S. Esperança, Medo e Qualidade de vida Relacionada à Saúde na Percepção de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 67, n. 3, p. 1–11, 2021. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1193. Acesso em: 31 mar. 2025.

ROBLES-BELLO, M. A.; SÁNCHEZ-TERUEL, D. Measurement invariance in gender and age of the Herth Hope Index to the general spanish population across the lifespan. **Current Psychology**, [S. l.], v. 42, n. 29, p. 25904–25916, 2023. DOI: 10.1007/s12144-022-03608-8. Acesso em: 25 jan. 2025.

RODRÍGUEZ-GÓMEZ, M. *et al.* Age-and gender-based social inequalities in palliative care for cancer patients: a systematic literature review. **Frontiers in public**

health, Switzerland, v. 12, p. 1421940, 2024. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1421940. Acesso em: 14 mar. 2025.

RODRÍGUEZ-GONZALEZ, A. *et al.* Impact of systemic cancer treatment on quality of life and mental well-being: a comparative analysis of patients with localized and advanced cancer. **Clinical and Translational Oncology**, [S. l.], v. 25, n. 12, p. 3492–3500, 2023. DOI: 10.1007/s12094-023-03214-5. Acesso em: 28 jan. 2025.

RUSTOEN, T. Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: A theoretical analysis. **Cancer Nursing**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. 355–361, 1995. DOI: 10.1097/00002820-199510000-00004. Acesso em: 6 mar. 2025.

SALAMANCA-BALEN, N.; MERLUZZI, T. V.; CHEN, M. The effectiveness of hope-fostering interventions in palliative care: A systematic review and meta-analysis. **Palliative Medicine**, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 710–728, 2021. DOI: 10.1177/0269216321994728. Acesso em: 31 mar. 2025.

SALIMI, H. *et al.* Hope therapy in cancer patients: a systematic review. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 30, n. 0123456789, p. 4675–4685, 2022. DOI: 10.1007/s00520-022-06831-y. Acesso em: 6 mar. 2025.

CARMO, B. S. *et al.* Relationship Between Religion/Spirituality and the Aggressiveness of Cancer Care: A Scoping Review. **Journal of Pain and Symptom Management**, [S. l.], v. 65, n. 5, p. e425–e437, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.017>. Acesso em: 25 jan. 2025.

SARTORE, A. C.; GROSSI, S. A. A. Herth hope index - Instrument adapted and validated to Portuguese. **Revista da Escola de Enfermagem**, [S. l.], v. 42, n. 2, p. 227–232, 2008. DOI: 10.1590/s0080-62342008000200003. Acesso em: 28 jan. 2025.

SCHENKER, Y. *et al.* Effect of an Oncology Nurse-Led Primary Palliative Care Intervention on Patients With Advanced Cancer: The CONNECT Cluster Randomized Clinical Trial. **JAMA Internal Medicine**, v. 181, n. 11, p. 1451–1460, 2021. DOI: 10.1001/jamainternmed.2021.5185. Acesso em: 25 jan. 2025.

SEMENIUK, G. *et al.* **Integrative Oncology and the Clinical Care Network: Challenges and Opportunities** *Journal of Clinical Medicine*, 2023. DOI: 10.3390/jcm12123946. Acesso em: 14 mar. 2025.

SHRESTHA, A. *et al.* Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. **Psycho-Oncology**, [S. l.], v. 28, n. 7, p. 1367–1380, 2019. DOI: 10.1002/pon.5054. Acesso em: 6 mar. 2025.

SILVA, L. S. *et al.* Quality of Life of Patients with Advanced Cancer in Palliative Therapy and in Palliative Care. **Aquichan**, v. 19, n. 3, p. e1937–e1937, 2019. a. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.3.7. Acesso em: 14 mar. 2025.

SILVA, L. S. *et al.* Religion/spirituality and social support in improving the quality of

life of patients with advanced cancer. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 23, p. 111–120, 2019. b. DOI: 10.12707/RIV19072. Acesso em: 31 mar. 2025.

SILVA, L. S.; SOUSA, A. F. D.; CARVALHO, D. H. F.; KALINKE, L. P. Non-pharmacological therapies for cancer patients in Portugal and Brazil: an experience report. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2023. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0091en. Acesso em: 6 mar. 2025.

SILVA, L. S.; RAMOS, T. H.; KALINKE, L. P. Esperança no cuidado de pacientes com câncer avançado. **Rev. cienc. cuidad**, [S. l.], v. 21, n. 2, 2024. DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.4327>. Acesso em: 28 jan. 2025.

SILVA, L. S.; NOGUEIRA, L. A.; COELHO, R. C. F. P.; OLIVEIRA, J. L. H.; BRIEDIS, N. C. A.; ROSA, L. M.; KALINKE, L. P. Tratamento paliativo no contexto clínico do câncer avançado: análise de conceito. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 30, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.98347pt>. Acesso em: 15 jun. 2025.

STRANG, P. Palliative oncology and palliative care. **Molecular oncology**, United States, v. 16, n. 19, p. 3399–3409, 2022. DOI: 10.1002/1878-0261.13278. Acesso em: 28 jan. 2025.

STROUP, W. W.; PTUKHINA, M.; GARAI, J. **Generalized Linear Mixed Models: Modern Concepts, Methods and Applications**. 2nd. ed. New York: Chapman and Hall/CRC, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1201/9780429092060>. Acesso em: 31 mar. 2025.

TAO, Y. *et al.* Hope and depression: the mediating role of social support and spiritual coping in advanced cancer patients. **BMC Psychiatry**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 1–9, 2022. DOI: 10.1186/s12888-022-03985-1. Acesso em: 6 mar. 2025.

THALER, K. *et al.* Bach flower remedies for psychological problems and pain: A systematic review. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 9, p. 1–12, 2009. DOI: 10.1186/1472-6882-9-16. Acesso em: 14 mar. 2025.

THEUNISSEN, I.; BAGOT, J. L. Supportive cancer care: is integrative oncology the future? **Current Opinion in Oncology**, [S. l.], v. 36, n. 4, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/cco.0000000000001027>. Acesso em: 25 jan. 2025. Acesso em: 28 jan. 2025.

TOMA, T. S. *et al.* **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: evidências científicas e experiências de implementação**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas29okweb.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2025.

TORREALBA, M. N. R. *et al.* Hope and depression in Brazilian head and neck cancer patients during the COVID-19 pandemic. **Ecancermedicalscience**, England, v. 16, p. 1371, 2022. DOI: 10.3332/ecancer.2022.1371. Acesso em: 14 mar. 2025.

TOURNIER, A.; WÜRTENBERGER, S.; KLEIN, S. D.; BAUMGARTNER, S. Physicochemical Investigations of Homeopathic Preparations: A Systematic Review and Bibliometric Analysis—Part 3. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 45–57, 2020. DOI: 10.1089/acm.2020.0243. Acesso em: 25 jan. 2025.

TRIEPEI G., CHESNAYE N. C., DEKKER F. W., ZOCCALI C., JAGER K. J. Intention to treat and per protocol analysis in clinical trials. **Nephrology**. 2020; 25: 513–517. DOI:10.1111/nep.13709. Acesso em: 6 mar. 2025.

ULLMAN, D. Exploring Possible Mechanisms of Hormesis and Homeopathy in the Light of Nanopharmacology and Ultra-High Dilutions. **Dose-Response**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 1–13, 2021. DOI: 10.1177/15593258211022983. Acesso em: 6 mar. 2025.

VAN DEN HEUVEL, S. C. **Historical and Multidisciplinary Perspectives on Hope**. [s.l.]: Springer, 2020. DOI: 10.1007/978-3-030-46489-9_14. Acesso em: 31 mar. 2025.

VAN WASSENHOVEN, M.; GOYENS, M.; DORFMAN, P.; DEVOS, P.; DEMANGEAT, J. Characterisation of Aqueous Ultra-high Homeopathic Potencies: Nanoparticle Tracking Analysis. **Homeopathy : the journal of the Faculty of Homeopathy**, Germany, 2024. DOI: 10.1055/s-0044-1787782. Acesso em: 31 mar. 2025.

VAZ, L. M.; TAETS, C. M. C.; GUNNAR, G. C. C. T. Avaliação do nível de espiritualidade e esperança de pacientes com câncer. **Rev Med Minas Gerais**, [S. l.], v. 32, n. e-32114, p. 1–6, 2022. DOI: 10.5935/2238-3182.2022e32114. Acesso em: 6 mar. 2025.

VELIĆ, S.; QAMA, E.; DIVIANI, N.; RUBINELLI, S. Patients' perception of hope in palliative care: A systematic review and narrative synthesis. **Patient Education and Counseling**, [S. l.], v. 115, n. November 2022, 2023. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107879. Acesso em: 25 jan. 2025.

VON SCHOEN-ANGERER, T. *et al.* Traditional, complementary and integrative healthcare: global stakeholder perspective on WHO's current and future strategy. **BMJ Global Health**, [S. l.], v. 8, n. 12, p. 1–7, 2023. DOI: 10.1136/bmjgh-2023-013150. Acesso em: 28 jan. 2025.

WALKER, Z. J.; XUE, S.; JONES, M. P.; RAVINDRAN, A. V. Depression, Anxiety, and Other Mental Disorders in Patients With Cancer in Low-and Lower-Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. **JCO global oncology**, United States, v. 7, p. 1233–1250, 2021. DOI: 10.1200/GO.21.00056. Acesso em: 28 jan. 2025.

WEBB, D. Modes of hoping. **History of the Human Sciences**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 65–83, 2007. DOI: 10.1177/0952695107079335. Acesso em: 6 mar. 2025.

WEBSTER, K.; CELLA, D.; YOST, K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. **Health and quality of life outcomes**, England, v. 1, p. 79, 2003. DOI: 10.1186/1477-7525-1-79. Acesso em: 28 jan. 2025.

WELCH, D. R.; HURST, D. R. Defining the Hallmarks of Metastasis. **Cancer research**, United States, v. 79, n. 12, p. 3011–3027, 2019. DOI: 10.1158/0008-5472.CAN-19-0458. Acesso em: 25 jan. 2025.

WHO, World Health Organization. **Global cancer burden growing, amidst mounting need for services**. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services#:~:text=Lung cancer was the leading,660 000 deaths%2C 6.8%25>). Acesso em: 17 mar. 2024.

WHO, World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). **Quality of Life Research**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 153–159, 1993. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00435734>. Acesso em: 31 mar. 2025.

WIELAND, L. S.; MANHEIMER, E.; BERMAN, B. M. Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane collaboration. **Alternative therapies in health and medicine**, United States, v. 17, n. 2, p. 50–59, 2011.

WITT, C. M. *et al.* Education Competencies for Integrative Oncology—Results of a Systematic Review and an International and Interprofessional Consensus Procedure. **Journal of Cancer Education**, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 499–507, 2020. DOI: 10.1007/s13187-020-01829-8. Acesso em: 14 mar. 2025. Acesso em: 25 jan. 2025.

WITT, C. M. *et al.* A Comprehensive Definition for Integrative Oncology. **J Natl Cancer Inst Monogr**. 2017 Nov 1;2017(52). DOI: 10.1093/jncimonographs/lgx012. Acesso em: 31 mar. 2025.

WULANDARI, B. T.; ROCHMAWATI, E. International Journal of Nursing Studies Effectiveness of dignity therapy on well-being among patients under palliative care : A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, [S. l.], v. 149, p. 104624, 2024. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104624. Acesso em: 28 jan. 2025.

XIONG, M. *et al.* European Journal of Oncology Nursing The impact of fear of cancer recurrence on the quality of life of breast cancer patients : A longitudinal study of the mediation effect of cortisol and hope. **European Journal of Oncology Nursing**, [S. l.], v. 70, n. January, p. 102600, 2024. DOI: 10.1016/j.ejon.2024.102600. Acesso em: 14 mar. 2025.

YANG, Q. *et al.* Summary of evidence on Traditional Chinese Medicine nursing interventions in hospice care for patients with advanced cancer. **Geriatr Nurs**, 2025

Jan-Feb;61:240-249. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2024.11.007. Acesso em: 28 jan. 2025.

YOUN, B. Y. *et al.* Perception, attitudes, knowledge of using complementary and alternative medicine for cancer patients among healthcare professionals: A mixed-methods systematic review. **Cancer Medicine**, [S. l.], v. 12, n. 18, p. 19149–19162, 2023. DOI: 10.1002/cam4.6499. Acesso em: 31 mar. 2025.

YOUSEFI, M. *et al.* Complementary and alternative medicine use among cancer patients in Iran: A systematic review. **Preventive Medicine Reports**, [S. l.], v. 39, n. February, p. 102644, 2024. DOI: 10.1016/j.pmedr.2024.102644. Acesso em: 25 jan. 2025.

YUN, J. *et al.* Depression, performance status, and discontinued treatment mediate an association of curability belief with prognosis in advanced cancer patients. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 29098, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-80687-6. Acesso em: 28 jan. 2025.

ZHANG, N. *et al.* Charlson syndrome index predicted survival in pancreatic cancer patients received immunotherapy. **Front Immunol**, 2025 Feb 3;16:1487318. DOI: 10.3389/fimmu.2025.1487318.. Acesso em: 31 mar. 2025.

ZHAO, X.; TONG, S.; YANG, Y. The Correlation Between Quality of Life and Positive Psychological Resources in Cancer Patients: A Meta-Analysis. **Frontiers in Psychology**, [S. l.], v. 13, n. June, 2022. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.883157. Acesso em: 14 mar. 2025.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Profª Drª Luciana Puchalski Kalinke (pesquisadora responsável) e Doutorando Leonel dos Santos Silva (pesquisador assistente) da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) Senhor(a), paciente com câncer avançado a participar de um estudo intitulado “Efetividade da terapia floral de bach na esperança e na qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com câncer avançado: ensaio clínico randomizado”.

Compreender a esperança como um recurso vital e recomendar intervenções para otimizá-la, aumenta a capacidade de enfrentar tempos de sofrimento e incertezas. Um nível elevado de esperança pode representar melhor qualidade de vida.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o efeito da terapia floral de Bach para melhorar a esperança e qualidade de vida de pacientes com câncer avançado.

Desta forma, acredita-se que será possível comprovar o efeito da terapia floral como prática integrativa e complementar já autorizada pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 971 de 2006) como intervenção segura na esperança e qualidade de vida dos pacientes com câncer avançado.

Caso o(a) Sr.(a) participe da pesquisa, inicialmente irá preencher dois questionários (quatro páginas no total) com informações sobre como está se sentindo na última semana e relação a esperança e qualidade de vida, será repetido mensalmente durante 6 meses. Outro questionário será preenchido somente uma única vez e será necessária sua autorização para que o pesquisador possa copiar estas informações de seu prontuário no hospital e talvez seja necessário que o(a) Sr.(a) nos conte sobre seu tratamento e algumas características.

Após o preenchimento dos questionários o(a) Sr.(a) fará parte de um grupo de pessoas que receberá o tratamento floral, ou a solução falsa que chamamos de placebo e sem o princípio ativo dos floral, para ambos a forma de uso será de 4 gotas via oral, 4 vezes ao dia, durante 6 meses, mensalmente será entregue um novo frasco e aplicado 2 questionários de avaliação. Vale lembrar que o(a) Sr.(a) e o pesquisador não terá conhecimento de qual grupo será inserido para evitar riscos de interferências na pesquisa. Após a finalização da coleta de dados por 6 meses, caso o(a) Sr.(a) faça parte do grupo que recebera o placebo e seja comprovado sua eficácia do floral, será disponibilizado o mesmo tratamento do grupo floral verdadeiro por igual período e sem nenhum custo.

Rubricas	
Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal	_____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE	_____



A sua participação voluntária será de 6 meses semanas do qual o(a) Sr.(a) podem desejar sair a qualquer momento, gostaria de informar que este não é um procedimento de rotina do ambulatório, o(a) Sr.(a) participará se concordar se concordar com a da pesquisa. Para tanto estes questionários serão preenchidos em sala reservada enquanto o (a) Sr.(a) aguarda pela consulta no ambulatório. O tempo previsto de resposta é de aproximadamente 20 minutos.

A participação no estudo não deve apresentar nenhum risco diretor para a sua saúde, caso eventualmente apresente algum desconforto (cansaço, tristeza e angústias) principalmente por expor fatos e sentimentos relacionados com o atual momento de fragilidade decorrente da fase de tratamento da doença. Se isto ocorrer será respeitado a expressão de suas emoções e encerrado a entrevista, e transferida para outro momento se for de comum acordo. Será oferecido apoio emocional por meio da escuta ativa, manutenção de silêncio para permitir a expressão do participante e praticar a empatia.

Em relação ao uso floral verdadeiro ou falso, podem ocorrer desconforto devido ao gosto dos componentes utilizados ou até mesmo intolerâncias ao uso devido as múltiplas alterações que frequentemente ocorrem em pacientes devido ao uso de quimioterapia. Caso aconteça, será avaliado pelos pesquisadores e se necessário será solicitado apoio da equipe multiprofissional do ambulatório para manejo, sem custos. O senhor poderá interromper ou se retirar da pesquisa caso isso aconteça, sem nenhum ônus.

Os benefícios diretos esperados com essa pesquisa é que os pacientes receberão tratamento floral verdadeiro para melhorar a esperança e qualidade de vida, caso esteja no grupo do floral falso, este benefício acontecerá após a coleta de dados.

Quanto aos benefícios indiretos do estudo, os resultados possam beneficiar a compreensão dos aspectos investigados para que a equipe possa refletir em outras intervenções para a problemática assim como, futuros pacientes também serão beneficiados com os dados obtidos na pesquisa. Além disso, o conhecimento científico produzido será divulgado e poderá ser aplicado em outras realidades, servindo como base para diferentes intervenções e para capacitação de profissionais envolvidos.

Rubricas	
Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal	_____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE	_____



Se o (a) Sr.(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas às 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Os pesquisadores responsáveis por este estudo poderão ser localizados: Profa. Dra. Luciana Puchalski Kalinke, Av. Pref. Lothario Meissner, 632, Jardim Botânico - Curitiba / PR, CEP 80210-170, Fone/Fax: (41) 3361-3756, (41) 3361-3799 e-mail: lucianakalinke@ufpr.br no horário das 7:30 as 17:00 de segunda a sexta-feira e Doutorando Leonel dos Santos Silva, Rua General Carneiro, 181 – 10º andar Alto da Glória - Curitiba/PR, CEP 80060-900, Fone/Fax: (41) 3060-1082 / (41) 99915-4550 e-mail: leoneldss@gmail.com, no horário das 7:00 as 19:00 de segunda a sexta-feira, para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) Sr.(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em emergências ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone celular para acesso direto com o pesquisador envolvido disponível 24 horas, inclusive para recebimento de ligações a cobrar, mensagens de texto e voz.

A sua participação neste estudo é voluntária e se o (a) Sr.(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: Profa. Dra. Luciana Puchalski Kalinke e Doutorando Leonel dos Santos Silva. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**. O material obtido com os questionários será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 4 anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e o(a) Sr.(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

O(a) Sr.(a) terá a garantia de que no risco mínimo da ocorrência de eventuais problemas como: cansaço, tristeza, angústias ou sensação do gosto dos componentes utilizados na preparação do floral, decorrentes do estudo, serão tratados no mesmo ambulatório que faz acompanhamento.

Rubricas

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____



Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa (ou tratamento se for o caso) e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2022

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

APÊNDICE 2 – CARACTERIZAÇÃO BIOSOCIODEMOGRAFICA

22/03/2024, 00:59

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAUDE DE ...

Data Dictionary Codebook

22/03/2024 00:57

Instrument: **DSD** (dsd)

#	Variable / Field Name	Field Label <i>Field Note</i>	Field Attributes (Field Type, Validation, Choices, Calculations, etc.)												
7	[registro]	Section Header: DADOS SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO Registro	text (number), Required, Identifier Custom alignment: LV												
8	[telefone]	Telefone	text, Required, Identifier Custom alignment: LV												
9	[genero]	Gênero	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Masculino</td></tr><tr><td>2</td><td>Feminino</td></tr></table> Custom alignment: RH	1	Masculino	2	Feminino								
1	Masculino														
2	Feminino														
10	[idade]	Idade	text (number), Required Custom alignment: RH												
11	[residencia]	Residência	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>capital</td></tr><tr><td>2</td><td>região Metropolitana</td></tr><tr><td>3</td><td>interior do estado</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	capital	2	região Metropolitana	3	interior do estado						
1	capital														
2	região Metropolitana														
3	interior do estado														
12	[habitacao]	Habitação	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>própria</td></tr><tr><td>2</td><td>alugada</td></tr><tr><td>3</td><td>cedida</td></tr><tr><td>4</td><td>sem informação</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	própria	2	alugada	3	cedida	4	sem informação				
1	própria														
2	alugada														
3	cedida														
4	sem informação														
13	[rendimento]	Rendimento	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>salário</td></tr><tr><td>2</td><td>benefício</td></tr><tr><td>3</td><td>auxílio-doença</td></tr><tr><td>4</td><td>nenhum</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	salário	2	benefício	3	auxílio-doença	4	nenhum				
1	salário														
2	benefício														
3	auxílio-doença														
4	nenhum														
14	[renda]	Renda familiar	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>sem renda</td></tr><tr><td>2</td><td>< 1 salário-mínimo</td></tr><tr><td>3</td><td>1 a 3 salários-mínimos</td></tr><tr><td>4</td><td>4 a 10 salários-mínimos</td></tr><tr><td>5</td><td>> 10 salários-mínimos</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	sem renda	2	< 1 salário-mínimo	3	1 a 3 salários-mínimos	4	4 a 10 salários-mínimos	5	> 10 salários-mínimos		
1	sem renda														
2	< 1 salário-mínimo														
3	1 a 3 salários-mínimos														
4	4 a 10 salários-mínimos														
5	> 10 salários-mínimos														
15	[sustentados]	Nº pessoas sustentadas	text (number, Min: 1, Max: 15), Required Custom alignment: RH												
16	[ocupacao]	Ocupação	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>empregado(a)</td></tr><tr><td>2</td><td>autônomo (a)</td></tr><tr><td>3</td><td>aposentado(a)/pensionista</td></tr><tr><td>4</td><td>desempregado (a)</td></tr><tr><td>5</td><td>do lar</td></tr><tr><td>6</td><td>outra</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	empregado(a)	2	autônomo (a)	3	aposentado(a)/pensionista	4	desempregado (a)	5	do lar	6	outra
1	empregado(a)														
2	autônomo (a)														
3	aposentado(a)/pensionista														
4	desempregado (a)														
5	do lar														
6	outra														



22/03/2024, 00:59

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE ...

17	[etnia]	Etnia	radio, Required 1 branco(a) 2 pardo(a) 3 preto (a) 4 amarelo(a) 5 indígena 6 outra Custom alignment: LH
18	[civil]	Estado civil	radio, Required 1 solteiro(a) 2 casado(a)/união estável 3 separado(a) / divorciado(a) 4 viúvo(a) 5 outro Custom alignment: LH
19	[filhos]	Nº de filhos	dropdown, Required 0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 10 10 11 11 12 12 13 13 14 14 15 15 Custom alignment: RH
20	[educacao]	Escolaridade	dropdown, Required 1 não alfabetizado 2 INCOMPLETO fundamental 3 fundamenta COMPLETO 4 INCOMPLETO médio 5 médio COMPLETO 6 INCOMPLETO superior 7 superior COMPLETO
21	[crenca]	Crença religiosa	radio, Required 1 Sim 2 Não Custom alignment: RH



22/03/2024, 00:59

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE ...

22	[religiao]	Religião	dropdown, Required 1 católica 2 evangélica 3 espírita 4 judaica 5 umbandista 6 candomblé 8 ateísmo agnóstico 7 sem informação
23	[pr_tica]	Prática religiosa	radio, Required 1 Sim 2 Não Custom alignment: RH
24	[seu_estagio]	Qual o estágio da sua doença?	radio, Required 1 inicial 2 avançado 3 terminal 4 não sabe Custom alignment: RH
25	[obj_tto]	Qual o objetivo do seu tratamento?	radio, Required 1 curativo 2 paliativo 3 não sabe Custom alignment: RH
26	[esperanca_tto]	Acredita que a esperança pode auxiliar no enfrentamento do câncer	radio, Required 1 Sim 2 Não Custom alignment: RH
27	[esperanca_prof]	Algum profissional avaliou sua esperança durante o tratamento?	radio, Required 1 Sim 2 Não Custom alignment: RH
28	[qualprofissional] Show the field ONLY if: [esperanca_prof] = '1'	Qual profissional avaliou/conversou sobre a esperança durante o tratamento?	checkbox, Required 1 qualprofissional__1 Enfermagem 2 qualprofissional__2 Medicina 3 qualprofissional__3 Psicologia 4 qualprofissional__4 Nutrição 5 qualprofissional__5 Assistente social 6 qualprofissional__6 Outros
29	[qualoutroprofissional] Show the field ONLY if: [qualprofissional(6)] = '1'	Qual outro profissional avaliou/conversou sobre a esperança durante o tratamento?	text, Required Custom alignment: LV
30	[discutir_esperanca]	Conversar sobre a esperança durante o tratamento?	radio, Required 1 Sim 2 Não Custom alignment: RH



22/03/2024, 00:59

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE ...

31	[esperanca_outros] Show the field ONLY if: [discutir_esperanca] = '1'	Com quem conversa sobre a esperança durante o tratamento?	checkbox, Required <table border="1"> <tr><td>1</td><td>esperanca_outros__1</td><td>família</td></tr> <tr><td>2</td><td>esperanca_outros__2</td><td>amigos</td></tr> <tr><td>3</td><td>esperanca_outros__3</td><td>outros pacientes</td></tr> <tr><td>4</td><td>esperanca_outros__4</td><td>orientador espiritual (capelão, padre, pastor, guia, etc)</td></tr> <tr><td>5</td><td>esperanca_outros__5</td><td>outros</td></tr> </table>	1	esperanca_outros__1	família	2	esperanca_outros__2	amigos	3	esperanca_outros__3	outros pacientes	4	esperanca_outros__4	orientador espiritual (capelão, padre, pastor, guia, etc)	5	esperanca_outros__5	outros																														
1	esperanca_outros__1	família																																														
2	esperanca_outros__2	amigos																																														
3	esperanca_outros__3	outros pacientes																																														
4	esperanca_outros__4	orientador espiritual (capelão, padre, pastor, guia, etc)																																														
5	esperanca_outros__5	outros																																														
32	[indicapics]	Algum profissional já recomendou alguma prática integrativa?	radio, Required <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Sim</td></tr> <tr><td>2</td><td>Não</td></tr> </table> Custom alignment: RH	1	Sim	2	Não																																									
1	Sim																																															
2	Não																																															
33	[pics_2] Show the field ONLY if: [indicapics] = '1'	Qual prática integrativa foi prescrita?	checkbox, Required <table border="1"> <tr><td>1</td><td>pics_2__1</td><td>medicina chinesa</td></tr> <tr><td>2</td><td>pics_2__2</td><td>acupuntura</td></tr> <tr><td>3</td><td>pics_2__3</td><td>plantas/fitoterapia</td></tr> <tr><td>4</td><td>pics_2__4</td><td>homeopatia</td></tr> <tr><td>5</td><td>pics_2__5</td><td>meditação</td></tr> <tr><td>6</td><td>pics_2__6</td><td>yoga</td></tr> <tr><td>7</td><td>pics_2__7</td><td>aromaterapia</td></tr> <tr><td>8</td><td>pics_2__8</td><td>cromoterapia</td></tr> <tr><td>9</td><td>pics_2__9</td><td>hipnoterapia</td></tr> <tr><td>10</td><td>pics_2__10</td><td>imposição de mãos</td></tr> <tr><td>11</td><td>pics_2__11</td><td>reiki</td></tr> <tr><td>12</td><td>pics_2__12</td><td>massagens</td></tr> <tr><td>13</td><td>pics_2__13</td><td>terapia de florais</td></tr> <tr><td>14</td><td>pics_2__14</td><td>ozonioterapia</td></tr> <tr><td>15</td><td>pics_2__15</td><td>outras</td></tr> </table>	1	pics_2__1	medicina chinesa	2	pics_2__2	acupuntura	3	pics_2__3	plantas/fitoterapia	4	pics_2__4	homeopatia	5	pics_2__5	meditação	6	pics_2__6	yoga	7	pics_2__7	aromaterapia	8	pics_2__8	cromoterapia	9	pics_2__9	hipnoterapia	10	pics_2__10	imposição de mãos	11	pics_2__11	reiki	12	pics_2__12	massagens	13	pics_2__13	terapia de florais	14	pics_2__14	ozonioterapia	15	pics_2__15	outras
1	pics_2__1	medicina chinesa																																														
2	pics_2__2	acupuntura																																														
3	pics_2__3	plantas/fitoterapia																																														
4	pics_2__4	homeopatia																																														
5	pics_2__5	meditação																																														
6	pics_2__6	yoga																																														
7	pics_2__7	aromaterapia																																														
8	pics_2__8	cromoterapia																																														
9	pics_2__9	hipnoterapia																																														
10	pics_2__10	imposição de mãos																																														
11	pics_2__11	reiki																																														
12	pics_2__12	massagens																																														
13	pics_2__13	terapia de florais																																														
14	pics_2__14	ozonioterapia																																														
15	pics_2__15	outras																																														
34	[atualpics]	Atualmente faz uso de alguma prática integrativa?	radio, Required <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Sim</td></tr> <tr><td>2</td><td>Não</td></tr> </table> Custom alignment: RH	1	Sim	2	Não																																									
1	Sim																																															
2	Não																																															
35	[usopics] Show the field ONLY if: [atualpics] = '1'	Qual prática integrativa faz uso atualmente?	checkbox, Required <table border="1"> <tr><td>1</td><td>usopics__1</td><td>medicina chinesa</td></tr> <tr><td>2</td><td>usopics__2</td><td>acupuntura</td></tr> <tr><td>3</td><td>usopics__3</td><td>plantas/fitoterapia</td></tr> <tr><td>4</td><td>usopics__4</td><td>homeopatia</td></tr> <tr><td>5</td><td>usopics__5</td><td>meditação</td></tr> <tr><td>6</td><td>usopics__6</td><td>yoga</td></tr> <tr><td>7</td><td>usopics__7</td><td>aromaterapia</td></tr> <tr><td>8</td><td>usopics__8</td><td>cromoterapia</td></tr> <tr><td>9</td><td>usopics__9</td><td>hipnoterapia</td></tr> <tr><td>10</td><td>usopics__10</td><td>imposição de mãos</td></tr> <tr><td>11</td><td>usopics__11</td><td>reiki</td></tr> <tr><td>12</td><td>usopics__12</td><td>massagens</td></tr> <tr><td>13</td><td>usopics__13</td><td>terapia de florais</td></tr> <tr><td>14</td><td>usopics__14</td><td>ozonioterapia</td></tr> <tr><td>15</td><td>usopics__15</td><td>outras</td></tr> </table>	1	usopics__1	medicina chinesa	2	usopics__2	acupuntura	3	usopics__3	plantas/fitoterapia	4	usopics__4	homeopatia	5	usopics__5	meditação	6	usopics__6	yoga	7	usopics__7	aromaterapia	8	usopics__8	cromoterapia	9	usopics__9	hipnoterapia	10	usopics__10	imposição de mãos	11	usopics__11	reiki	12	usopics__12	massagens	13	usopics__13	terapia de florais	14	usopics__14	ozonioterapia	15	usopics__15	outras
1	usopics__1	medicina chinesa																																														
2	usopics__2	acupuntura																																														
3	usopics__3	plantas/fitoterapia																																														
4	usopics__4	homeopatia																																														
5	usopics__5	meditação																																														
6	usopics__6	yoga																																														
7	usopics__7	aromaterapia																																														
8	usopics__8	cromoterapia																																														
9	usopics__9	hipnoterapia																																														
10	usopics__10	imposição de mãos																																														
11	usopics__11	reiki																																														
12	usopics__12	massagens																																														
13	usopics__13	terapia de florais																																														
14	usopics__14	ozonioterapia																																														
15	usopics__15	outras																																														



22/03/2024, 00:59

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE ...

36	[lazer]	Realiza alguma atividade de lazer?	checkbox, Required <table border="1"> <tr><td>1</td><td>lazer__1</td><td>artística</td></tr> <tr><td>3</td><td>lazer__3</td><td>manuais</td></tr> <tr><td>4</td><td>lazer__4</td><td>físico/esportivos</td></tr> <tr><td>5</td><td>lazer__5</td><td>intelectuais</td></tr> <tr><td>6</td><td>lazer__6</td><td>sociais</td></tr> <tr><td>2</td><td>lazer__2</td><td>turística</td></tr> <tr><td>7</td><td>lazer__7</td><td>virtuais</td></tr> <tr><td>8</td><td>lazer__8</td><td>contemplação/ócio</td></tr> <tr><td>9</td><td>lazer__9</td><td>nenhuma</td></tr> </table>	1	lazer__1	artística	3	lazer__3	manuais	4	lazer__4	físico/esportivos	5	lazer__5	intelectuais	6	lazer__6	sociais	2	lazer__2	turística	7	lazer__7	virtuais	8	lazer__8	contemplação/ócio	9	lazer__9	nenhuma
1	lazer__1	artística																												
3	lazer__3	manuais																												
4	lazer__4	físico/esportivos																												
5	lazer__5	intelectuais																												
6	lazer__6	sociais																												
2	lazer__2	turística																												
7	lazer__7	virtuais																												
8	lazer__8	contemplação/ócio																												
9	lazer__9	nenhuma																												
37	[obs1]	Observações	notes																											
38	[dsd_complete]	Section Header: Form Status Complete?	dropdown <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Incomplete</td></tr> <tr><td>1</td><td>Unverified</td></tr> <tr><td>2</td><td>Complete</td></tr> </table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete																					
0	Incomplete																													
1	Unverified																													
2	Complete																													
Instrument: DC 1 (dc_1)			[collapsed]																											
Instrument: DC 2 (dc_2)			[collapsed]																											
Instrument: HHI (hhi)  Enabled as survey			[collapsed]																											
Instrument: FACT-Pal (Versao 4) (factpal_versao_4)  Enabled as survey			[collapsed]																											
Instrument: Diário de PC (dirio_de_pc)			[collapsed]																											



APÊNDICE 3 – DADOS CLÍNICOS 1

22/03/2024, 01:03 EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAUDE DE ...

Data Dictionary Codebook

22/03/2024 00:57

[collapsed]

Instrument: DC 1 (dc_1)

#	Variable / Field Name	Field Label <i>Field Note</i>	Field Attributes (Field Type, Validation, Choices, Calculations, etc.)												
39	[performance_status_assess m]	Section Header: DADOS CLÍNICOS: AVALIAÇÃO INICIAL Performance Status (ECOG)	radio, Required <table><tr><td>C105722</td><td>PS 0 - Atividade normal</td></tr><tr><td>C105723</td><td>PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal</td></tr><tr><td>C105725</td><td>PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo</td></tr><tr><td>C105726</td><td>PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos</td></tr><tr><td>C105727</td><td>PS 4 - Preso ao leito</td></tr><tr><td>C105720</td><td>PS 5 - Morte</td></tr></table> Custom alignment: LV Field Annotation: tinyId=m1_6rNVkyx	C105722	PS 0 - Atividade normal	C105723	PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	C105725	PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo	C105726	PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	C105727	PS 4 - Preso ao leito	C105720	PS 5 - Morte
C105722	PS 0 - Atividade normal														
C105723	PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal														
C105725	PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo														
C105726	PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos														
C105727	PS 4 - Preso ao leito														
C105720	PS 5 - Morte														
40	[tabaco]	Tabagismo	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>1. Sim</td></tr><tr><td>2</td><td>2. Não</td></tr><tr><td>3</td><td>3. Cessou</td></tr></table> Custom alignment: RH	1	1. Sim	2	2. Não	3	3. Cessou						
1	1. Sim														
2	2. Não														
3	3. Cessou														
41	[cigarros_diarios] Show the field ONLY if: [tabaco] = '1'	Cigarros diários	radio <table><tr><td>1</td><td>< 10</td></tr><tr><td>3</td><td>10 a 20</td></tr><tr><td>2</td><td>21 a 30</td></tr><tr><td>4</td><td>> 31</td></tr></table> Custom alignment: RH	1	< 10	3	10 a 20	2	21 a 30	4	> 31				
1	< 10														
3	10 a 20														
2	21 a 30														
4	> 31														
42	[tabaco_tempo] Show the field ONLY if: [tabaco] = '3' or [tabaco] = '1'	Tempo de tabagismo	radio <table><tr><td>1</td><td>< 1 ano</td></tr><tr><td>3</td><td>1 a 5 anos</td></tr><tr><td>2</td><td>6 - 10 anos</td></tr><tr><td>4</td><td>> 10 anos</td></tr></table> Custom alignment: RH	1	< 1 ano	3	1 a 5 anos	2	6 - 10 anos	4	> 10 anos				
1	< 1 ano														
3	1 a 5 anos														
2	6 - 10 anos														
4	> 10 anos														
43	[etilismo]	Etilismo	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>1. Sim</td></tr><tr><td>2</td><td>2. Não</td></tr><tr><td>3</td><td>3. Cessou</td></tr></table> Custom alignment: RH	1	1. Sim	2	2. Não	3	3. Cessou						
1	1. Sim														
2	2. Não														
3	3. Cessou														
44	[etilismo_doses] Show the field ONLY if: [etilismo] = '1'	Doses diárias	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>0 doses</td></tr><tr><td>3</td><td>1 a 2 doses</td></tr><tr><td>2</td><td>3 a 4 doses</td></tr><tr><td>4</td><td>5 ou + doses</td></tr></table>	1	0 doses	3	1 a 2 doses	2	3 a 4 doses	4	5 ou + doses				
1	0 doses														
3	1 a 2 doses														
2	3 a 4 doses														
4	5 ou + doses														

22/03/2024, 01:03

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAUDE DE ...

54	[transtorno]	Transtorno mental	checkbox, Required																								
			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>transtorno__1</td> <td>nenhum</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>transtorno__2</td> <td>ansiosos (fobias, pânico, ansiedade generalizada)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>transtorno__3</td> <td>depressivos (depressão maior, distímia)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>transtorno__4</td> <td>uso de psicoativos (como álcool, cigarro e drogas ilícitas)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>transtorno__5</td> <td>sono (insônia, hipersonolência, entre outros)</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>transtorno__6</td> <td>neurocognitivos (Parkinson, Alzheimer ou demências)</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>transtorno__7</td> <td>psicóticos (esquizofrenia, transtorno delirante)</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>transtorno__8</td> <td>personalidade (anti social, borderline, transtorno bipolar)</td> </tr> </table>	1	transtorno__1	nenhum	2	transtorno__2	ansiosos (fobias, pânico, ansiedade generalizada)	3	transtorno__3	depressivos (depressão maior, distímia)	4	transtorno__4	uso de psicoativos (como álcool, cigarro e drogas ilícitas)	5	transtorno__5	sono (insônia, hipersonolência, entre outros)	6	transtorno__6	neurocognitivos (Parkinson, Alzheimer ou demências)	7	transtorno__7	psicóticos (esquizofrenia, transtorno delirante)	8	transtorno__8	personalidade (anti social, borderline, transtorno bipolar)
1	transtorno__1	nenhum																									
2	transtorno__2	ansiosos (fobias, pânico, ansiedade generalizada)																									
3	transtorno__3	depressivos (depressão maior, distímia)																									
4	transtorno__4	uso de psicoativos (como álcool, cigarro e drogas ilícitas)																									
5	transtorno__5	sono (insônia, hipersonolência, entre outros)																									
6	transtorno__6	neurocognitivos (Parkinson, Alzheimer ou demências)																									
7	transtorno__7	psicóticos (esquizofrenia, transtorno delirante)																									
8	transtorno__8	personalidade (anti social, borderline, transtorno bipolar)																									
55	[psico] Show the field ONLY if: [transtorno(2)] = '1' or [transtorno(3)] = '1' or [transtorno(4)] = '1' or [transtorno(5)] = '1' or [transtorno(6)] = '1' or [transtorno(7)] = '1' or [transtorno(8)] = '1'	Tratamento do transtorno mental	checkbox, Required																								
			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>psico__1</td> <td>psicoterapia</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>psico__2</td> <td>sedativos-hipnóticos (alprazolam, diazepam, bromazepam, clonazepam, lorazepam, midazolam e nitrazepam)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>psico__3</td> <td>antidepressivos (fluoxetina, sertralina, amitriptilina, citalopram, venlafaxina, duloxetina, bupropiona e mirtazapina)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>psico__4</td> <td>estabilizadores de humor (carbonato de lítio, carbamazepina, ácido valproico e lamotrigina)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>psico__5</td> <td>antipsicóticos (fenotiazina, tioxanteno, haloperidol, clozapina, quetiapina e risperidona)</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>psico__6</td> <td>outros</td> </tr> </table>	1	psico__1	psicoterapia	2	psico__2	sedativos-hipnóticos (alprazolam, diazepam, bromazepam, clonazepam, lorazepam, midazolam e nitrazepam)	3	psico__3	antidepressivos (fluoxetina, sertralina, amitriptilina, citalopram, venlafaxina, duloxetina, bupropiona e mirtazapina)	4	psico__4	estabilizadores de humor (carbonato de lítio, carbamazepina, ácido valproico e lamotrigina)	5	psico__5	antipsicóticos (fenotiazina, tioxanteno, haloperidol, clozapina, quetiapina e risperidona)	6	psico__6	outros						
1	psico__1	psicoterapia																									
2	psico__2	sedativos-hipnóticos (alprazolam, diazepam, bromazepam, clonazepam, lorazepam, midazolam e nitrazepam)																									
3	psico__3	antidepressivos (fluoxetina, sertralina, amitriptilina, citalopram, venlafaxina, duloxetina, bupropiona e mirtazapina)																									
4	psico__4	estabilizadores de humor (carbonato de lítio, carbamazepina, ácido valproico e lamotrigina)																									
5	psico__5	antipsicóticos (fenotiazina, tioxanteno, haloperidol, clozapina, quetiapina e risperidona)																									
6	psico__6	outros																									
			Custom alignment: LV																								
56	[policarmacia]	Medicamentos de uso contínuo	radio, Required																								
			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Não poli farmácia: até 4 medicamentos</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Poli farmácia Menor: 5 a 9 medicamentos</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Poli farmácia Maior: > 10 medicamentos</td> </tr> </table>	1	Não poli farmácia: até 4 medicamentos	2	Poli farmácia Menor: 5 a 9 medicamentos	3	Poli farmácia Maior: > 10 medicamentos																		
1	Não poli farmácia: até 4 medicamentos																										
2	Poli farmácia Menor: 5 a 9 medicamentos																										
3	Poli farmácia Maior: > 10 medicamentos																										
57	[dc_1_complete]	Section Header: Form Status Complete?	dropdown																								
			<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Incomplete</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Unverified</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Complete</td> </tr> </table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete																		
0	Incomplete																										
1	Unverified																										
2	Complete																										
Instrument: DC 2 (dc_2)			[collapsed]																								
Instrument: HHI (hhi)  Enabled as survey			[collapsed]																								
Instrument: FACT-Pal (Versao 4) (factpal_versao_4)  Enabled as survey			[collapsed]																								
Instrument: Diário de PC (dirio_de_pc)			[collapsed]																								

22/03/2024, 01:03

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAUDE DE ...

51	[comorbid]	Comorbidade (Escolha todas que estão presentes)	checkbox <table border="1"> <tr><td>1</td><td>comorbid__1</td><td>Infarto agudo do miocárdio (+1)</td></tr> <tr><td>2</td><td>comorbid__2</td><td>Insuficiência cardíaca congestiva (+1)</td></tr> <tr><td>3</td><td>comorbid__3</td><td>Doença vascular periférica (+1)</td></tr> <tr><td>4</td><td>comorbid__4</td><td>Doença cerebrovascular (exceto hemiplegia) (+1)</td></tr> <tr><td>5</td><td>comorbid__5</td><td>Demência (+1)</td></tr> <tr><td>6</td><td>comorbid__6</td><td>Doença pulmonar crônica (+1)</td></tr> <tr><td>7</td><td>comorbid__7</td><td>Doença do tecido conjuntivo (+1)</td></tr> <tr><td>8</td><td>comorbid__8</td><td>Úlcera gástrica (+1)</td></tr> <tr><td>9</td><td>comorbid__9</td><td>Hepatopatia leve (+1)</td></tr> <tr><td>10</td><td>comorbid__10</td><td>DM (sem complicações) (+1)</td></tr> <tr><td>11</td><td>comorbid__11</td><td>DM com lesão de órgão-alvo (+2)</td></tr> <tr><td>12</td><td>comorbid__12</td><td>Hemiplegia (+2)</td></tr> <tr><td>13</td><td>comorbid__13</td><td>Doença renal moderada ou grave (diálise, uremia e creatinina >3 mg/dL) (+2)</td></tr> <tr><td>14</td><td>comorbid__14</td><td>Tumor sólido (não metastático) (+2)</td></tr> <tr><td>15</td><td>comorbid__15</td><td>Leucemia (+2)</td></tr> <tr><td>16</td><td>comorbid__16</td><td>Linfoma, mieloma múltiplo (+2)</td></tr> <tr><td>17</td><td>comorbid__17</td><td>Hepatopatia grave (cirrose e hipertensão portal com ou sem sangramento de varizes) (+3)</td></tr> <tr><td>18</td><td>comorbid__18</td><td>Metastático (tumor sólido) (+6)</td></tr> <tr><td>19</td><td>comorbid__19</td><td>AIDS (+6)</td></tr> </table>	1	comorbid__1	Infarto agudo do miocárdio (+1)	2	comorbid__2	Insuficiência cardíaca congestiva (+1)	3	comorbid__3	Doença vascular periférica (+1)	4	comorbid__4	Doença cerebrovascular (exceto hemiplegia) (+1)	5	comorbid__5	Demência (+1)	6	comorbid__6	Doença pulmonar crônica (+1)	7	comorbid__7	Doença do tecido conjuntivo (+1)	8	comorbid__8	Úlcera gástrica (+1)	9	comorbid__9	Hepatopatia leve (+1)	10	comorbid__10	DM (sem complicações) (+1)	11	comorbid__11	DM com lesão de órgão-alvo (+2)	12	comorbid__12	Hemiplegia (+2)	13	comorbid__13	Doença renal moderada ou grave (diálise, uremia e creatinina >3 mg/dL) (+2)	14	comorbid__14	Tumor sólido (não metastático) (+2)	15	comorbid__15	Leucemia (+2)	16	comorbid__16	Linfoma, mieloma múltiplo (+2)	17	comorbid__17	Hepatopatia grave (cirrose e hipertensão portal com ou sem sangramento de varizes) (+3)	18	comorbid__18	Metastático (tumor sólido) (+6)	19	comorbid__19	AIDS (+6)
1	comorbid__1	Infarto agudo do miocárdio (+1)																																																										
2	comorbid__2	Insuficiência cardíaca congestiva (+1)																																																										
3	comorbid__3	Doença vascular periférica (+1)																																																										
4	comorbid__4	Doença cerebrovascular (exceto hemiplegia) (+1)																																																										
5	comorbid__5	Demência (+1)																																																										
6	comorbid__6	Doença pulmonar crônica (+1)																																																										
7	comorbid__7	Doença do tecido conjuntivo (+1)																																																										
8	comorbid__8	Úlcera gástrica (+1)																																																										
9	comorbid__9	Hepatopatia leve (+1)																																																										
10	comorbid__10	DM (sem complicações) (+1)																																																										
11	comorbid__11	DM com lesão de órgão-alvo (+2)																																																										
12	comorbid__12	Hemiplegia (+2)																																																										
13	comorbid__13	Doença renal moderada ou grave (diálise, uremia e creatinina >3 mg/dL) (+2)																																																										
14	comorbid__14	Tumor sólido (não metastático) (+2)																																																										
15	comorbid__15	Leucemia (+2)																																																										
16	comorbid__16	Linfoma, mieloma múltiplo (+2)																																																										
17	comorbid__17	Hepatopatia grave (cirrose e hipertensão portal com ou sem sangramento de varizes) (+3)																																																										
18	comorbid__18	Metastático (tumor sólido) (+6)																																																										
19	comorbid__19	AIDS (+6)																																																										
52	[age]	Idade	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>50 - 59 (+1)</td></tr> <tr><td>2</td><td>60 - 69 (+2)</td></tr> <tr><td>3</td><td>70 - 79 (+3)</td></tr> <tr><td>4</td><td>80 - 89 (+4)</td></tr> <tr><td>5</td><td>90 - 99 (+5)</td></tr> </table>	1	50 - 59 (+1)	2	60 - 69 (+2)	3	70 - 79 (+3)	4	80 - 89 (+4)	5	90 - 99 (+5)																																															
1	50 - 59 (+1)																																																											
2	60 - 69 (+2)																																																											
3	70 - 79 (+3)																																																											
4	80 - 89 (+4)																																																											
5	90 - 99 (+5)																																																											
53	[cci_total_sc]	Total points:	calc Calculation: if ([age] = 1, 1, 0) + if ([age] = 2, 2, 0) + if ([age] = 3, 3, 0) + if ([age] = 4, 4, 0) + if ([age] = 5, 5, 0) + if ([comorbid(1)] = 1, 1, 0) + if ([comorbid(2)] = 1, 1, 0) + if ([comorbid(3)] = 1, 1, 0) + if ([comorbid(4)] = 1, 1, 0) + if ([comorbid(5)] = 1, 1, 0) + if ([comorbid(6)] = 1, 1, 0) + if ([comorbid(7)] = 1, 1, 0) + if ([comorbid(8)] = 1, 1, 0) + if ([comorbid(9)] = 1, 1, 0) + if ([comorbid(10)] = 1, 1, 0) + if ([comorbid(11)] = 1, 2, 0) + if ([comorbid(12)] = 1, 2, 0) + if ([comorbid(13)] = 1, 2, 0) + if ([comorbid(14)] = 1, 2, 0) + if ([comorbid(15)] = 1, 2, 0) + if ([comorbid(16)] = 1, 2, 0) + if ([comorbid(17)] = 1, 3, 0) + if ([comorbid(18)] = 1, 6, 0) + if ([comorbid(19)] = 1, 6, 0)																																																									

22/03/2024, 01:03

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE ...

45	[etilismo_tempo] Show the field ONLY if: [etilismo] = '1' or [etilismo] = '3'	Tempo de etilismo	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>< 1 ano</td></tr> <tr><td>3</td><td>1 a 5 anos</td></tr> <tr><td>2</td><td>6 - 10 anos</td></tr> <tr><td>4</td><td>> 10 anos</td></tr> </table>	1	< 1 ano	3	1 a 5 anos	2	6 - 10 anos	4	> 10 anos																																		
1	< 1 ano																																												
3	1 a 5 anos																																												
2	6 - 10 anos																																												
4	> 10 anos																																												
46	[cancer]	Localização do tumor primário	dropdown, Required <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Bexiga</td></tr> <tr><td>2</td><td>Cavidade oral</td></tr> <tr><td>3</td><td>Colo do útero</td></tr> <tr><td>4</td><td>Cólon e reto</td></tr> <tr><td>5</td><td>Corpo do útero</td></tr> <tr><td>6</td><td>Esôfago</td></tr> <tr><td>7</td><td>Estômago</td></tr> <tr><td>8</td><td>Mama</td></tr> <tr><td>9</td><td>Ovário</td></tr> <tr><td>10</td><td>Pele melanoma</td></tr> <tr><td>11</td><td>Próstata</td></tr> <tr><td>12</td><td>Sistema nervoso central</td></tr> <tr><td>13</td><td>Tireoide</td></tr> <tr><td>14</td><td>Traqueia, brônquio e pulmão</td></tr> <tr><td>15</td><td>Outras localizações</td></tr> </table>	1	Bexiga	2	Cavidade oral	3	Colo do útero	4	Cólon e reto	5	Corpo do útero	6	Esôfago	7	Estômago	8	Mama	9	Ovário	10	Pele melanoma	11	Próstata	12	Sistema nervoso central	13	Tireoide	14	Traqueia, brônquio e pulmão	15	Outras localizações												
1	Bexiga																																												
2	Cavidade oral																																												
3	Colo do útero																																												
4	Cólon e reto																																												
5	Corpo do útero																																												
6	Esôfago																																												
7	Estômago																																												
8	Mama																																												
9	Ovário																																												
10	Pele melanoma																																												
11	Próstata																																												
12	Sistema nervoso central																																												
13	Tireoide																																												
14	Traqueia, brônquio e pulmão																																												
15	Outras localizações																																												
47	[outro_local] Show the field ONLY if: [cancer] = '15'	Outra localização	text																																										
48	[metastase]	Metástases	checkbox, Required <table border="1"> <tr><td>1</td><td>metastase__1</td><td>Abdome</td></tr> <tr><td>2</td><td>metastase__2</td><td>Adrenal</td></tr> <tr><td>3</td><td>metastase__3</td><td>Gastrointestinal</td></tr> <tr><td>4</td><td>metastase__4</td><td>Geniturinária</td></tr> <tr><td>5</td><td>metastase__5</td><td>Hepática</td></tr> <tr><td>6</td><td>metastase__6</td><td>Linfonodos</td></tr> <tr><td>7</td><td>metastase__7</td><td>Óssea</td></tr> <tr><td>8</td><td>metastase__8</td><td>Pele</td></tr> <tr><td>9</td><td>metastase__9</td><td>Peritônio</td></tr> <tr><td>10</td><td>metastase__10</td><td>Pleura</td></tr> <tr><td>11</td><td>metastase__11</td><td>Pulmonar</td></tr> <tr><td>12</td><td>metastase__12</td><td>Renal</td></tr> <tr><td>13</td><td>metastase__13</td><td>SNC</td></tr> <tr><td>14</td><td>metastase__14</td><td>Outra</td></tr> </table> Custom alignment: LV	1	metastase__1	Abdome	2	metastase__2	Adrenal	3	metastase__3	Gastrointestinal	4	metastase__4	Geniturinária	5	metastase__5	Hepática	6	metastase__6	Linfonodos	7	metastase__7	Óssea	8	metastase__8	Pele	9	metastase__9	Peritônio	10	metastase__10	Pleura	11	metastase__11	Pulmonar	12	metastase__12	Renal	13	metastase__13	SNC	14	metastase__14	Outra
1	metastase__1	Abdome																																											
2	metastase__2	Adrenal																																											
3	metastase__3	Gastrointestinal																																											
4	metastase__4	Geniturinária																																											
5	metastase__5	Hepática																																											
6	metastase__6	Linfonodos																																											
7	metastase__7	Óssea																																											
8	metastase__8	Pele																																											
9	metastase__9	Peritônio																																											
10	metastase__10	Pleura																																											
11	metastase__11	Pulmonar																																											
12	metastase__12	Renal																																											
13	metastase__13	SNC																																											
14	metastase__14	Outra																																											
49	[outra_meta] Show the field ONLY if: [metastase(14)] = '1'	Outras metástases	text																																										
50	[metastase_2]	Tratamento atual	checkbox, Required <table border="1"> <tr><td>1</td><td>metastase_2__1</td><td>Cirurgia</td></tr> <tr><td>2</td><td>metastase_2__2</td><td>Cuidados Paliativos</td></tr> <tr><td>3</td><td>metastase_2__3</td><td>Hormonioterapia</td></tr> <tr><td>4</td><td>metastase_2__4</td><td>Imunoterapia</td></tr> <tr><td>5</td><td>metastase_2__5</td><td>Quimioterapia</td></tr> <tr><td>6</td><td>metastase_2__6</td><td>Radioterapia</td></tr> <tr><td>7</td><td>metastase_2__7</td><td>Reavaliação e acompanhamento</td></tr> </table> Custom alignment: LV	1	metastase_2__1	Cirurgia	2	metastase_2__2	Cuidados Paliativos	3	metastase_2__3	Hormonioterapia	4	metastase_2__4	Imunoterapia	5	metastase_2__5	Quimioterapia	6	metastase_2__6	Radioterapia	7	metastase_2__7	Reavaliação e acompanhamento																					
1	metastase_2__1	Cirurgia																																											
2	metastase_2__2	Cuidados Paliativos																																											
3	metastase_2__3	Hormonioterapia																																											
4	metastase_2__4	Imunoterapia																																											
5	metastase_2__5	Quimioterapia																																											
6	metastase_2__6	Radioterapia																																											
7	metastase_2__7	Reavaliação e acompanhamento																																											

APÊNDICE 4 – DADOS CLÍNICOS 2

22/03/2024, 01:03

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE ...

Data Dictionary Codebook

22/03/2024 00:57

Instrument: **DC 2** (dc_2)

#	Variable / Field Name	Field Label <i>Field Note</i>	Field Attributes (Field Type, Validation, Choices, Calculations, etc.)												
58	[performance_status_assessm_2]	Performance Status (ECOG)	radio, Required <table><tr><td>C105722</td><td>PS 0 - Atividade normal</td></tr><tr><td>C105723</td><td>PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal</td></tr><tr><td>C105725</td><td>PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo</td></tr><tr><td>C105726</td><td>PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos</td></tr><tr><td>C105727</td><td>PS 4 - Preso ao leito</td></tr><tr><td>C105720</td><td>PS 5 - Morte</td></tr></table> Custom alignment: LV Field Annotation: tinyId=m1_6rNVkx	C105722	PS 0 - Atividade normal	C105723	PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	C105725	PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo	C105726	PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	C105727	PS 4 - Preso ao leito	C105720	PS 5 - Morte
C105722	PS 0 - Atividade normal														
C105723	PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal														
C105725	PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo														
C105726	PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos														
C105727	PS 4 - Preso ao leito														
C105720	PS 5 - Morte														
59	[intercorrenca]	Interação ou atendimento em serviço de emergência?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Sim</td></tr><tr><td>2</td><td>Não</td></tr></table> Custom alignment: RH	1	Sim	2	Não								
1	Sim														
2	Não														
60	[causa_internacao] Show the field ONLY if: [intercorrenca] = '1'	Causa de internação ou atendimento em serviço de emergência	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Complicações clínicas relacionadas ao câncer</td></tr><tr><td>2</td><td>Outras causas clínicas NÃO relacionadas ao câncer</td></tr><tr><td>3</td><td>Quimioterapia/radioterapia</td></tr><tr><td>4</td><td>Cirurgias oncológicas</td></tr><tr><td>5</td><td>Outras cirurgias</td></tr><tr><td>6</td><td>Exames diagnósticos</td></tr></table> Custom alignment: LV	1	Complicações clínicas relacionadas ao câncer	2	Outras causas clínicas NÃO relacionadas ao câncer	3	Quimioterapia/radioterapia	4	Cirurgias oncológicas	5	Outras cirurgias	6	Exames diagnósticos
1	Complicações clínicas relacionadas ao câncer														
2	Outras causas clínicas NÃO relacionadas ao câncer														
3	Quimioterapia/radioterapia														
4	Cirurgias oncológicas														
5	Outras cirurgias														
6	Exames diagnósticos														
61	[poliarmacia_2]	Medicamentos de uso contínuo	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Não poli farmácia: até 4 medicamentos</td></tr><tr><td>2</td><td>Poli farmácia Menor: 5 a 9 medicamentos</td></tr><tr><td>3</td><td>Poli farmácia Maior: > 10 medicamentos</td></tr></table> Custom alignment: LV	1	Não poli farmácia: até 4 medicamentos	2	Poli farmácia Menor: 5 a 9 medicamentos	3	Poli farmácia Maior: > 10 medicamentos						
1	Não poli farmácia: até 4 medicamentos														
2	Poli farmácia Menor: 5 a 9 medicamentos														
3	Poli farmácia Maior: > 10 medicamentos														
62	[reg_intercorr]	Registro complementar de eventos ou intercorrências ocorridas	notes Custom alignment: LV												
63	[relato_esp]	Relate a importância da esperança e como melhora-la/mantê-la durante a trajetória da doença e tratamento	notes Custom alignment: LV												
64	[dc_2_complete]	Section Header: <i>Form Status</i> Complete?	dropdown <table><tr><td>0</td><td>Incomplete</td></tr><tr><td>1</td><td>Unverified</td></tr><tr><td>2</td><td>Complete</td></tr></table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete						
0	Incomplete														
1	Unverified														
2	Complete														
Instrument: HHI (hhi)  Enabled as survey			[collapsed]												
Instrument: FACT-Pal (Versao 4) (factpal_versao_4)  Enabled as survey			[collapsed]												
Instrument: Diário de PC (diario_de_pc)			[collapsed]												



APÊNDICE 5 – DIÁRIO DE PESQUISA CLÍNICA

Diário de Pesquisa Clínica

Nome: _____

Início: ____/____/____

Retorno: ____/____/____

Frasco nº: _____

Contato Pesquisador En^o Leonel (41) 99915-4550 (ligações a cobrar, mensagens de texto e áudio)

Modo de usar

4 gotas (via oral) 4 vezes ao dia



Sugestão de horários

6:00h → Manhã	12:00h → Meio-Dia	18:00h → Tarde	24:00h → Nova-Noite
------------------	----------------------	-------------------	------------------------

Dia	 Café da manhã	 Almoço	 Jantar	 Hora de dormir	Registre a ocorrência de sintomas e sentimentos
Registre aqui o horário de uso					
1º					
2º					
3º					
4º					
5º					
6º					
7º					
8º					
9º					
10º					
11º					
12º					
13º					
14º					
15º					

Dia	 Café da manhã	 Almoço	 Jantar	 Hora de dormir	Registre a ocorrência de sintomas e sentimentos
Registre aqui o horário de uso					
16º					
17º					
18º					
19º					
20º					
21º					
22º					
23º					
24º					
25º					
26º					
27º					
28º					
29º					
30º					

[illegible]

Cuidados com o frasco



Deixar o frasco a uma distância mínima de 1 metro dos eletrônicos (televisores, computadores, tablets, celulares e microondas, etc).

Quando transportado na bolsa/mochila, armazenar o frasco e celular em compartimentos separados.

Não deixar o frasco no sol ou em ambientes muito quentes. Pode ser armazenado na geladeira, porém não é necessário.



 Não encostar o conta-gotas em qualquer parte da boca. Quanto maior o cuidado maior a validade do seu Floral.



Diário de Esperança
Pesquisa Clínica



"A esperança é a mais bela de todas as afeições, e muito contribui para o prolongamento da vida, se não for muitas vezes frustrada, mas entretém a fantasia com a expectativa do bem."

Francis Bacon

APÊNDICE 6 – CONVITE

CONVITE: TERAPIA FLORAL

Florais de Bach são preparados naturais feitos a partir de flores e plantas silvestres que nos ajudam a **equilibrar as emoções.**

A terapia floral foi criada pelo médico homeopata Edward Bach em 1920 na Inglaterra. É reconhecida pelo Ministério da saúde como uma prática Integrativa ao tratamento convencional (Portaria nº 971 de 2006)

Critérios de seleção:

- ✓ Ser maior de 18 anos
- ✓ Diagnóstico de câncer (estadio IV)

Possíveis benefícios na redução de:

Deseperança
Desespero
Indecisão
Angústia
Tristeza
Medo



Pesquisador Leonel dos Santos

📞 9 9915-4550

✉ leonel.santos@ufpr.br



Totalmente
sem custo



APÊNDICE 7 – RANDOMIZAÇÃO

Allocations

Página 1 de 3

Group	Subject	Assignment	Assigned Arm Index	Arm 1 Posterior Totals	Arm 2 Posterior Totals
All	1	Fórmula	1	1	0
All	2	Placebo	2	1	1
All	3	Fórmula	1	2	1
All	4	Fórmula	1	3	1
All	5	Placebo	2	3	2
All	6	Placebo	2	3	3
All	7	Placebo	2	3	4
All	8	Fórmula	1	4	4
All	9	Placebo	2	4	5
All	10	Fórmula	1	5	5
All	11	Fórmula	1	6	5
All	12	Placebo	2	6	6
All	13	Placebo	2	6	7
All	14	Placebo	2	6	8
All	15	Fórmula	1	7	8
All	16	Fórmula	1	8	8
All	17	Fórmula	1	9	8
All	18	Placebo	2	9	9
All	19	Fórmula	1	10	9
All	20	Placebo	2	10	10
All	21	Fórmula	1	11	10
All	22	Placebo	2	11	11
All	23	Fórmula	1	12	11
All	24	Fórmula	1	13	11
All	25	Placebo	2	13	12
All	26	Placebo	2	13	13
All	27	Fórmula	1	14	13
All	28	Placebo	2	14	14
All	29	Placebo	2	14	15
All	30	Placebo	2	14	16
All	31	Fórmula	1	15	16
All	32	Fórmula	1	16	16
All	33	Fórmula	1	17	16
All	34	Fórmula	1	18	16
All	35	Placebo	2	18	17
All	36	Placebo	2	18	18
All	37	Placebo	2	18	19
All	38	Fórmula	1	19	19
All	39	Fórmula	1	20	19
All	40	Fórmula	1	21	19
All	41	Placebo	2	21	20
All	42	Placebo	2	21	21
All	43	Fórmula	1	22	21
All	44	Fórmula	1	23	21
All	45	Placebo	2	23	22
All	46	Placebo	2	23	23
All	47	Fórmula	1	24	23
All	48	Fórmula	1	25	23
All	49	Placebo	2	25	24
All	50	Placebo	2	25	25
All	51	Placebo	2	25	26

Allocations

Página 2 de 3

All	52	Fórmula	1	26	26
All	53	Fórmula	1	27	26
All	54	Fórmula	1	28	26
All	55	Placebo	2	28	27
All	56	Placebo	2	28	28
All	57	Placebo	2	28	29
All	58	Fórmula	1	29	29
All	59	Fórmula	1	30	29
All	60	Placebo	2	30	30
All	61	Fórmula	1	31	30
All	62	Placebo	2	31	31
All	63	Placebo	2	31	32
All	64	Fórmula	1	32	32
All	65	Fórmula	1	33	32
All	66	Placebo	2	33	33
All	67	Fórmula	1	34	33
All	68	Placebo	2	34	34
All	69	Placebo	2	34	35
All	70	Fórmula	1	35	35
All	71	Placebo	2	35	36
All	72	Fórmula	1	36	36
All	73	Placebo	2	36	37
All	74	Fórmula	1	37	37
All	75	Placebo	2	37	38
All	76	Fórmula	1	38	38
All	77	Fórmula	1	39	38
All	78	Placebo	2	39	39
All	79	Placebo	2	39	40
All	80	Fórmula	1	40	40
All	81	Fórmula	1	41	40
All	82	Fórmula	1	42	40
All	83	Placebo	2	42	41
All	84	Fórmula	1	43	41
All	85	Placebo	2	43	42
All	86	Placebo	2	43	43
All	87	Fórmula	1	44	43
All	88	Fórmula	1	45	43
All	89	Placebo	2	45	44
All	90	Fórmula	1	46	44
All	91	Placebo	2	46	45
All	92	Placebo	2	46	46
All	93	Placebo	2	46	47
All	94	Fórmula	1	47	47
All	95	Placebo	2	47	48
All	96	Fórmula	1	48	48
All	97	Placebo	2	48	49
All	98	Fórmula	1	49	49
All	99	Fórmula	1	50	49
All	100	Placebo	2	50	50
All	101	Placebo	2	50	51
All	102	Fórmula	1	51	51
All	103	Placebo	2	51	52

Allocations

Página 3 de 3

All	104	Placebo	2	51	53
All	105	Fórmula	1	52	53
All	106	Fórmula	1	53	53
All	107	Placebo	2	53	54
All	108	Placebo	2	53	55
All	109	Fórmula	1	54	55
All	110	Fórmula	1	55	55
All	111	Fórmula	1	56	55
All	112	Placebo	2	56	56
All	113	Fórmula	1	57	56
All	114	Fórmula	1	58	56
All	115	Placebo	2	58	57
All	116	Placebo	2	58	58
All	117	Placebo	2	58	59
All	118	Fórmula	1	59	59
All	119	Fórmula	1	60	59
All	120	Fórmula	1	61	59
All	121	Placebo	2	61	60
All	122	Fórmula	1	62	60
All	123	Placebo	2	62	61
All	124	Placebo	2	62	62
All	125	Fórmula	1	63	62
All	126	Fórmula	1	64	62
All	127	Placebo	2	64	63
All	128	Placebo	2	64	64
All	129	Placebo	2	64	65
All	130	Fórmula	1	65	65
All	131	Fórmula	1	66	65
All	132	Placebo	2	66	66
All	133	Placebo	2	66	67
All	134	Placebo	2	66	68
All	135	Fórmula	1	67	68
All	136	Fórmula	1	68	68
All	137	Fórmula	1	69	68
All	138	Placebo	2	69	69
All	139	Fórmula	1	70	69
All	140	Fórmula	1	71	69
All	141	Placebo	2	71	70
All	142	Placebo	2	71	71
All	143	Fórmula	1	72	71
All	144	Placebo	2	72	72
All	145	Placebo	2	72	73
All	146	Placebo	2	72	74
All	147	Fórmula	1	73	74
All	148	Fórmula	1	74	74
All	149	Fórmula	1	75	74
All	150	Placebo	2	75	75

ANEXO 1 – HERTH HOPE INDEX (HHI)

22/03/2024, 01:12

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE ...

Data Dictionary Codebook

22/03/2024 00:57

Instrument: **HHI** (hhi)  Enabled as survey

#	Variable / Field Name	Field Label <i>Field Note</i>	Field Attributes (Field Type, Validation, Choices, Calculations, etc.)								
65	[hhi_1]	Section Header: ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (HHI) Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento. 1. Eu estou otimista quanto à vida.	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>1 - Discordo completamente</td></tr><tr><td>2</td><td>2 - Discordo</td></tr><tr><td>3</td><td>3 - Concordo</td></tr><tr><td>4</td><td>4 - Concordo completamente</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	1 - Discordo completamente	2	2 - Discordo	3	3 - Concordo	4	4 - Concordo completamente
1	1 - Discordo completamente										
2	2 - Discordo										
3	3 - Concordo										
4	4 - Concordo completamente										
66	[hhi_2]	2. Eu tenho planos a curto e longo prazos	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>1 - Discordo completamente</td></tr><tr><td>2</td><td>2 - Discordo</td></tr><tr><td>3</td><td>3 - Concordo</td></tr><tr><td>4</td><td>4 - Concordo completamente</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	1 - Discordo completamente	2	2 - Discordo	3	3 - Concordo	4	4 - Concordo completamente
1	1 - Discordo completamente										
2	2 - Discordo										
3	3 - Concordo										
4	4 - Concordo completamente										
67	[hhi_3]	3. Eu me sinto muito sozinho(a).	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>1 - Discordo completamente</td></tr><tr><td>2</td><td>2 - Discordo</td></tr><tr><td>3</td><td>3 - Concordo</td></tr><tr><td>4</td><td>4 - Concordo completamente</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	1 - Discordo completamente	2	2 - Discordo	3	3 - Concordo	4	4 - Concordo completamente
1	1 - Discordo completamente										
2	2 - Discordo										
3	3 - Concordo										
4	4 - Concordo completamente										
68	[hhi_4]	4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>1 - Discordo completamente</td></tr><tr><td>2</td><td>2 - Discordo</td></tr><tr><td>3</td><td>3 - Concordo</td></tr><tr><td>4</td><td>4 - Concordo completamente</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	1 - Discordo completamente	2	2 - Discordo	3	3 - Concordo	4	4 - Concordo completamente
1	1 - Discordo completamente										
2	2 - Discordo										
3	3 - Concordo										
4	4 - Concordo completamente										
69	[hhi_5]	5. Eu tenho uma fé que me conforta.	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>1 - Discordo completamente</td></tr><tr><td>2</td><td>2 - Discordo</td></tr><tr><td>3</td><td>3 - Concordo</td></tr><tr><td>4</td><td>4 - Concordo completamente</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	1 - Discordo completamente	2	2 - Discordo	3	3 - Concordo	4	4 - Concordo completamente
1	1 - Discordo completamente										
2	2 - Discordo										
3	3 - Concordo										
4	4 - Concordo completamente										
70	[hhi_6]	6. Eu tenho medo do meu futuro.	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>1 - Discordo completamente</td></tr><tr><td>2</td><td>2 - Discordo</td></tr><tr><td>3</td><td>3 - Concordo</td></tr><tr><td>4</td><td>4 - Concordo completamente</td></tr></table> Custom alignment: LH	1	1 - Discordo completamente	2	2 - Discordo	3	3 - Concordo	4	4 - Concordo completamente
1	1 - Discordo completamente										
2	2 - Discordo										
3	3 - Concordo										
4	4 - Concordo completamente										



22/03/2024, 01:12

EFEITO DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAUDE DE ...

71	[hhi_7]	7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.	radio, Required 1 1 - Discordo completamente 2 2 - Discordo 3 3 - Concordo 4 4 - Concordo completamente Custom alignment: LH
72	[hhi_8]	8. Eu me sinto muito forte.	radio, Required 1 1 - Discordo completamente 2 2 - Discordo 3 3 - Concordo 4 4 - Concordo completamente Custom alignment: LH
73	[hhi_9]	9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.	radio, Required 1 1 - Discordo completamente 2 2 - Discordo 3 3 - Concordo 4 4 - Concordo completamente Custom alignment: LH
74	[hhi_10]	10. Eu sei onde eu quero ir.	radio, Required 1 1 - Discordo completamente 2 2 - Discordo 3 3 - Concordo 4 4 - Concordo completamente Custom alignment: LH
75	[hhi_11]	11. Eu acredito no valor de cada dia.	radio, Required 1 1 - Discordo completamente 2 2 - Discordo 3 3 - Concordo 4 4 - Concordo completamente Custom alignment: LH
76	[hhi_12]	12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.	radio, Required 1 1 - Discordo completamente 2 2 - Discordo 3 3 - Concordo 4 4 - Concordo completamente Custom alignment: LH
77	[hhi_complete]	Section Header: <i>Form Status</i> Complete?	dropdown 0 Incomplete 1 Unverified 2 Complete
Instrument: FACT-Pal (Versao 4) (factpal_versao_4)  Enabled as survey			[collapsed]
Instrument: Diário de PC (diario_de_pc)			[collapsed]



ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DE USO DO HHI

RE: Authorization

De: Herth, Kaye A (kaye.herth@mnsu.edu)
Para: leonel_ss@yahoo.com.br
Data: sexta-feira, 15 de outubro de 2021 09:21 BRT

Dear Leonel,

Thank you for the very kind remarks. I appreciate your interest in the Herth Hope Index (HHI) and have attached a copy of the HHI (English & Portuguese version), scoring instructions (English), list of three publications in Portuguese, and two reference lists I have compiled on hope primarily from the nursing discipline.

The HHI was translated into the Portuguese language by Alessandra C. Sartore so I ask that you contact her directly for the most recent copy of the HHI and permission to use the Portuguese Version of the HHI. The last email address I had was alessandrasartore@hotmail.com.

You have my permission to use the HHI in your research dissertation as you described in your email message to me. Please send me a summary of your study findings upon completion.

Best wishes on your educational journal and highly important research study.

Sincerely,

Kaye Herth, PHD, RN, FAAN

Dean Emerita

Minnesota State University, Mankato

From: Leonel Santos <leonel_ss@yahoo.com.br>
Sent: Thursday, October 14, 2021 8:44 PM
To: Herth, Kaye A <kaye.herth@mnsu.edu>
Subject: Authorization

Dear Phd Kaye Herth

Initially, I would like to thank you for your countless contributions to teaching, research, science, the paradigm of hope, care and the health of populations.

I would like to request authorization to use the Herth Hope Index (Portuguese) in our doctoral research entitled: Effectiveness of Bach Flower Therapy on the health-related hope and quality of life of patients with advanced cancer (randomized clinical trial). Which will be developed in a university and public hospital in Brazil.

Thank you very much

ANEXO 3 – FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY - PALLIATIVE CARE (FACIT-PAL)

FACT-Pal (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.**

<u>BEM-ESTAR FÍSICO</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a.....	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores.....	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento.....	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente.....	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado/a a passar tempo deitado/a	0	1	2	3	4

<u>BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença.....	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível atual de atividade sexual, por favor responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo ☐ e passe para a próxima secção.</i>					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual.....	0	1	2	3	4

FACT-Pal (Versão 4)

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

<u>BEM-ESTAR EMOCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença.....	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso/a.....	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a ideia de morrer	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar.....	0	1	2	3	4

<u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem.....	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento.....	0	1	2	3	4

FACT-Pal (Versão 4)

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

	<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitis- simo
PAL 1	Mantenho conta(c)to com os meus amigos	0	1	2	3	4
PAL 2	Tenho familiares que poderiam assumir as minhas responsabilidades	0	1	2	3	4
PAL 3	Sinto que a minha família me dá valor	0	1	2	3	4
PAL 4	Sinto que sou um peso para a minha família	0	1	2	3	4
B1	Sinto falta de ar	0	1	2	3	4
PAL 5	Tenho prisão de ventre.....	0	1	2	3	4
C2	O meu peso vai baixando.....	0	1	2	3	4
O2	Tenho vomitado	0	1	2	3	4
PAL 6	Partes do meu corpo estão inchadas.....	0	1	2	3	4
PAL 7	Tenho a boca e garganta secas	0	1	2	3	4
Br 7	Sinto-me independente	0	1	2	3	4
PAL 8	Sinto-me útil	0	1	2	3	4
PAL 9	Procuro aproveitar cada dia ao máximo	0	1	2	3	4
PAL 10	Tenho paz de espírito	0	1	2	3	4
PAL 11	Sinto-me com esperança.....	0	1	2	3	4
PAL 12	Sou capaz de tomar decisões	0	1	2	3	4
L1	O meu pensamento é claro	0	1	2	3	4
PAL 13	Tenho sido capaz de me reconciliar (fazer as pazes) com os outros.....	0	1	2	3	4
PAL 14	Sou capaz de me abrir com as minhas pessoas de confiança sobre as minhas preocupações	0	1	2	3	4

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DE USO DO FACIT-PAL



FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy System of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org ("Licensor") the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement to the party listed below ("Licensee") for use of the measure and languages listed below in the study listed below ("Study"). This license is applicable for individual and/or academic researchers working on a not-for-profit research project.

Name ("Licensee"): Universidade Federal do Paraná

Measurement: FACIT-Pal

Language(s): Portuguese

Study Title ("Study"): EFFECTIVENESS OF BACH'S FLORAL THERAPY ON HOPE AND QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH IN PATIENTS WITH ADVANCED CANCER: RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

This current license is only extended to Licensee's Study subject to the following terms:

- 1) Licensee agrees to provide Licensor with copies of any publications resulting from this study or produced as a result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing and evolving nature of questionnaire development, treatment modalities and cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, Licensee will have the option of using either previous or updated versions according to their own research objectives.
- 3) Licensee may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) This license is not extended to electronic data capture by third party vendors of Licensee. Electronic versions by third party vendors of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for a third party to migrate and administer the FACIT electronically must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor



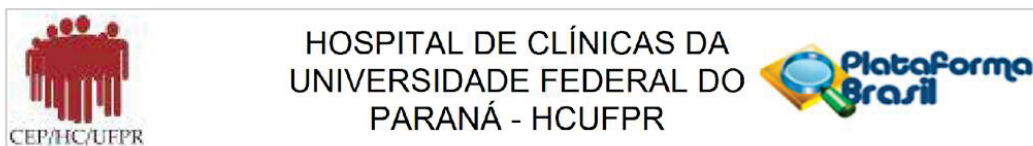
PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

and FACIT.org

- 6) In no case may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if Licensee engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective for two years upon the date of signature. If Licensee requires an extension beyond this 2-year period, Licensee must contact Licensor and obtain an extension.

Signature: 
Leonel Santos Silva (Oct 13, 2021 15:12 ADT)
Email: leonel_ss@yahoo.com.br

ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFETIVIDADE DA TERAPIA FLORAL DE BACH NA ESPERANÇA E NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE PACIENTES COM CANCER AVANÇADO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Pesquisador: Leonel dos Santos Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53900221.3.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.204.355

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", Resumo, "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas da Pesquisa e do Projeto Detalhado.

Trata-se de um ensaio clínico randomizado duplo-cego, com dois braços, grupo intervenção (terapia floral de Bach) e controle (placebo) com seguimento prospectivo durante 6 meses. A utilização de placebo é aceitável na condução de ECR, em condições em que não exista uma intervenção padrão ou um consenso entre especialistas sobre a melhor diretriz. Os participantes aleatoriamente alocados no grupo intervenção podem ou não receber os benefícios do experimento, já os que receberam placebo, será minimizado os efeitos colaterais com segurança e eficácia incertos.

Resumo: O objetivo deste estudo será comparar a efetividade da terapia floral de Bach com placebo na para melhorar a esperança e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado. Trata-se de um ensaio clínico randomizado duplo-cego, com dois braços, grupo intervenção (terapia floral de Bach) e controle (placebo) com seguimento prospectivo durante 6 meses. A pesquisa será realizada em um hospital universitário, público e federal, sendo considerado o maior hospital do estado do Paraná. Serão inclusos: pacientes maiores de 18 anos com câncer avançado; excluídos: uso de ansiolíticos, antidepressivos e alguma prática

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 5.204.355

complementar em saúde. Os pacientes serão randomizados para um grupo intervenção (uso do floral) e outro grupo placebo. A coleta de dados se dará com três instrumentos: caracterização do perfil sociodemográfico e clínico (avaliação inicial), Herth Hope Index e o Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care, para mensuração da esperança e qualidade e vida relacionada à saúde, nos seguintes tempos: avaliação inicial, e a cada 30 dias durante 6 meses; serão analisados conforme as recomendações dos instrumentos. Os riscos minimamente esperados são desconforto emocional e sensações gustativas relacionados ao uso da intervenção ou placebo. Os resultados esperados consistem em melhorar a esperança e consequentemente a qualidade de vida dos participantes.

TCLE: Sim.

Colaboradores: Luciana Puchalski Kalinke

Local de realização: Ambulatório de Hematologia e Oncologia - SAM16, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Finalidade: Doutorado

n: 100

Período de pesquisa: 01/12/2021 – 31/12/2024.

Desenho: Ensaio clínico randomizado duplo-cego, com dois braços, grupo intervenção (terapia floral de Bach) e controle (placebo). A população dos participantes serão paciente com câncer avançado em tratamento no referido ambulatório a ser realizado o cálculo amostral. Após a randomização, e alocação nos grupos para início da intervenção, o seguimento prospectivo ocorrerá durante 6 meses com reavaliações mensais para coleta de dados e orientação da intervenção.

Hipótese:

-H0 Não haverá diferença no escore de esperança e/ou na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com câncer avançado que utilizaram os florais de Bach alocados no grupo intervenção comparado ao grupo controle.

-H1 Os pacientes com câncer avançado que utilizaram os florais de Bach apresentarão alguma diferença no escore de esperança e melhor qualidade de vida relacionada à saúde quando comparados ao grupo controle.

Critério de Inclusão: • Ser maior de 18 anos. • Com diagnóstico comprovado com histologia de qualquer tipo de câncer avançado (estadio IV). • ECOG: 0, 1, 2 ou 3 caracterizado como: 0 (totalmente ativo); 1 (restrito de atividade física extenuante e capaz de realizar trabalho de natureza leve ou sedentária); 2 (capacidade de autocuidado sem condições de atividades

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 5.204.355

laborativas, permanece 50% do tempo fora do leito) e 3 (limitada capacidade de autocuidado, permanece 50% do tempo em repouso no leito ou cadeira) (OKEN et al., 1982).

Critério de Exclusão: • Estiverem sob uso contínuo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos; • Estar em uso de alguma prática complementar em saúde como Essências Florais, Cromoterapia, Aromaterapia, Acupuntura, Reiki, Toque Terapêutico, entre outros; • Impossibilitados de manter comunicação verbal e/ou escrita pela avaliação do ECOG 4 (completamente limitado e impossibilidade de realizar atividades de autocuidado, totalmente restrito ao leito ou cadeira) (OKEN et al., 1982).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Comparar a efetividade da terapia floral de Bach com placebo para melhorar a esperança e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado.

Objetivos Secundários: • Avaliar o escore de esperança e de qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com câncer avançado. • Correlacionar os escores de esperança com os domínios da qualidade de vida relacionado à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação na pesquisa não deve apresentar nenhum risco para a saúde, eventualmente poderá haver algum desconforto, principalmente pela exposição de fatos e sentimentos relacionados com o atual momento de fragilidade decorrente da fase de tratamento da doença. Se isto ocorrer será respeitado a expressão de suas emoções e encerrado a entrevista, e transferida para outro momento se for de comum acordo. Será oferecido apoio emocional por meio da escuta ativa, manutenção de silêncio para permitir a expressão do participante e praticar a empatia. Em relação ao risco de toxicidade da TFB, o composto de uso obtido inicia com o preparo da essência mãe contendo um campo consciencial determinado (50% de água filtrada e 50% solução hidroalcoólica ou Brandy, diluição de 1/2), será adicionado 1 gota da essência mãe para 10 ml de base alcoólica (esta é uma diluição de 1:200) para formar a essência de estoque. Para composição final do floral de uso, será adicionado 4 gotas da essência de estoque para 30 ml de base hidroalcoólica. Somando-se todas as diluições, o que o participante fará uso é uma diluição de $1/120.000$ $1/2 \times 1/200 \times 1/300 = 1/120.000$ (ABFH, 2009). Fato que torna a diluição isenta de

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 5.204.355

efeitos colaterais e toxicidade cumulativa (BARNARD, 2021). Em estudo de revisão sistemática (ERNST, 2010), revisão integrativa (LANG, 2020) e estudos de clínicos (SALLES; DA SILVA, 2012); (PINTO et al., 2020); (THALER et al., 2009); (LEÃO et al., 2015); (CIFUENTES et al., 2014); (RIVAS-SUÁREZ et al., 2017); (BATISTELLA et al., 2021); (FUSCO et al., 2021) e (LARA, et al., 2021), não foram relatados efeitos adversos, bem como as perdas de seguimento reportadas são de múltiplas causas que são associadas a danos. Diante do exposto fica evidencia a mínima ocorrência de riscos ou danos relacionados ao uso da TFB. Podem ocorrer sensações gustativas devido aos componentes utilizados ou até mesmo intolerâncias ao uso devido as múltiplas alterações que frequentemente ocorrem em pacientes devido ao uso de quimioterapia. Caso algumas das situações descritas ou outro evento aconteça, será avaliado pelos pesquisadores, descontinuado o participante da pesquisa e manejado com o apoio da equipe multiprofissional disponível no ambulatório.

Benefícios: Os participantes da pesquisa serão diretamente beneficiados caso a hipótese seja comprovada, no caso a TFB melhor a esperança e QVRS em pacientes com câncer avançado relacionada à saúde. Diante de tal achado, após o término da pesquisa, para os pacientes do grupo placebo será ofertado a mesma intervenção por igual período e sem custo algum, para que os participantes do grupo controle também sejam beneficiados. Na ocorrência da hipótese nula, no caso a TFB não apresenta eficácia na esperança e QVRS em pacientes com câncer avançado, os participantes não serão diretamente beneficiados, embora os resultados possam beneficiar a compreensão dos aspectos investigados para que a equipe possa refletir em outras intervenções para a problemática. Além disso, futuros paciente em condições clínicas semelhantes na realidade local ou diferentes realidades sociais serão compreendidos sobre as necessidades de avaliar a esperança e sua relação com a QVRS, para propôs intervenções eficazes. As despesas necessárias para a realização da mesma não são da responsabilidade das participantes, e estes não receberão qualquer valor em dinheiro, pois se trata de uma colaboração voluntária e espontânea que irá contribuir para o avanço científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

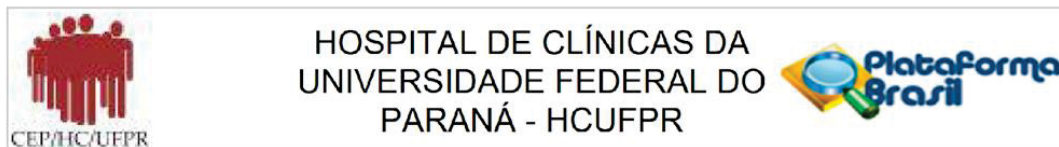
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.204.355

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1860432.pdf	26/11/2021 00:16:37		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/11/2021 00:14:37	Leonel dos Santos Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/11/2021 00:12:54	Leonel dos Santos Silva	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	26/11/2021 00:12:10	Leonel dos Santos Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	7_TCLE_ADULTO.docx	26/11/2021 00:06:36	Leonel dos Santos Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	26/11/2021 00:04:32	Leonel dos Santos Silva	Aceito
Outros	5MODELO_DECLARAO_AUSNCIA_CUSTOS_CHC.pdf	26/11/2021 00:02:47	Leonel dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4_DECLARACOES_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUISA.pdf	26/11/2021 00:00:10	Leonel dos Santos Silva	Aceito
Declaração de concordância	3CONCORDANCIA_DAS_UNIDADES_ENVOLVIDAS.pdf	25/11/2021 23:58:30	Leonel dos Santos Silva	Aceito
Outros	2_DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf	25/11/2021 23:56:20	Leonel dos Santos Silva	Aceito
Outros	1_CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQ	25/11/2021	Leonel dos Santos	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

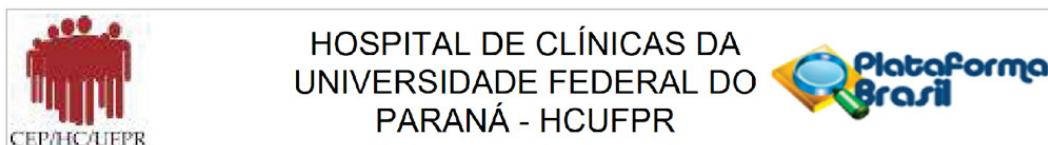
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.204.355

Outros	ISADOR_AO_CEP.pdf	23:53:40	Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	25/11/2021 23:41:16	Leonel dos Santos Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 18 de Janeiro de 2022

Assinado por:
Niazy Ramos Filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO 6 – REGISTRO BRASILEIRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

23/05/2022 12:57

REBEC

BRASIL

[Ir para o conteúdo \[1\]](#) [Ir para o menu \[2\]](#) [Habilitar alto contraste \[3\]](#)

[Início](#) > [Registro](#) > [Visualizar](#)
 Procurar nos estudos


Estudo publicado

RBR-8q6z6kq Effect of Bach Flower treatment on hope and quality of life in patients with Advanced Cancer

Data de registro: 19/05/2022 (dd/mm/yyyy)

Última data de aprovação: 19/05/2022 (dd/mm/yyyy)

Tipo de estudo:

Intervenções

Título científico:

en

Effectiveness of Bach Flower therapy on hope and health-related quality of life of patients with Advanced Cancer: randomized clinical trial

pt-br

Efetividade da terapia Floral de Bach na esperança e na qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com Câncer Avançado: ensaio clínico randomizado

es

Effectiveness of Bach Flower therapy on hope and health-related quality of life of patients with Advanced Cancer: randomized clinical trial

Identificação do ensaio

- Número do UTN: U1111-1276-1725
- Título público:

en

Effect of Bach Flower treatment on hope and quality of life in patients with Advanced Cancer

pt-br

Efeito do tratamento Floral de Bach na esperança e na qualidade de vida relacionada de pacientes com Câncer Avançado

- Acrônimo científico:

- Acrônimo público:

- Identificadores secundários:

- 5.204.355

Orgão emissor: Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CEP-CHC-UFPR)

- 53900221.3.0000.0096

Orgão emissor: Plataforma Brasil

Patrocinadores

- Patrocinador primário: Leonel dos Santos Silva

- Patrocinador secundário:

- Instituição: Universidade Federal do Paraná

- Fontes de apoio financeiro ou material:
 - Instituição: Leonel dos Santos Silva

Condições de saúde

- Condições de Saúde:

en

Neoplasm Metastasis

pt-br

Metástase Neoplásica

- Descritores gerais para condições de saúde:

en

SP4.046.452.698

Malignant neoplasm

pt-br

SP4.046.452.698

Neoplasia Maligna

- Descritores específicos para condições de saúde:

en

C23.550.727.650

Neoplasm Metastasis

pt-br

C23.550.727.650

Metástase Neoplásica

Intervenções

- Intervenções:

en

Intervention group (IG), the participants will use the florals selected for the research in a bottle containing: two drops of each Bach Flower Therapy (Gorse, Cherry plum, Mimulus, Wild oat, Mustard, White chestnut and Sweet chestnut) + four drops of the compound essence (stock) added to 21 ml of mineral water + 9 ml of brandy (30% preservative). Control group (CG), the participants will not be the target of the intervention and will receive the placebo: 21 ml of mineral water + 9 ml of brandy (preservative at 30%). Each participant will receive a bottle with enough volume for 30 days, with a safety margin of 30%, during the first month after inclusion they will be contacted by phone twice a week to verify adherence to treatment and check for possible complications to investigate the need of discontinuity. Monthly, they must attend the clinic to change the bottle, reassess and collect data, as well as they will be instructed to bring the previous bottle for measurement of use. All vials (intervention and placebo), in addition to identification, will be labeled according to a random numerical code, which will be assigned at

pt-br

Grupo intervenção (GI), os participantes farão uso dos florais selecionados para a pesquisa em frasco contendo: duas gotas de cada Terapia Floral de Bach (Gorse, Cherry plum, Mimulus, Wild oat, Mustard, White chestnut e Sweet chestnut) + quatro gotas da essência composta (estoque) adicionados a 21 ml de água mineral + 9 ml de brandy (conservante a 30%). Grupo controle (GC), os participantes não serão alvo da intervenção e receberão o placebo: 21 ml de água mineral + 9 ml de brandy (conservante a 30%). Cada participante receberá um frasco com volume suficiente para 30 dias, com margem de segurança de 30%, durante o primeiro mês após a inclusão eles serão contactados via telefone duas vezes por semana para verificar a adesão ao tratamento e verificar eventuais intercorrências para investigar a necessidade de descontinuidade. Mensalmente ele deverá comparecer no ambulatório para troca do frasco, reavaliação e coleta de dados, bem como serão orientados a trazer o frasco anterior para mensuração do uso. Todos os frascos (intervenção e placebo), além da identificação serão

23/05/2022 12:57

REBEC

the preparation pharmacy that is far from the hospital and the preparation team will not have access to the participants. Participants will be instructed to ingest the solution orally, placing four drops directly into the mouth four times a day (when waking up, before lunch and dinner and at bedtime) for 4 weeks. Every 30 days, a return schedule, bottle replacement, reassessment and data collection will be carried out. Total number of participants: 100 (50 per group)

rotuladas de acordo com um código numérico aleatório, o qual será designado na farmácia de preparo que fica distante de hospital e a equipe de preparo não terá acesso aos participantes. Os participantes serão orientados a ingerir a solução por via oral, colocando quatro gotas diretamente na boca quatro vezes ao dia (ao acordar, antes do almoço e jantar e ao deitar) por 4 semanas. A cada 30 dias será realizado agendamento de retorno, troca do frasco, reavaliação e coleta de dados, o seguimento se dará por 6 meses após a inclusão e será interrompido caso apresente critérios de descontinuidade. Número total de participantes: 100 (50 por grupo)

• **Descritores para as intervenções:**

en
D20.215.784.500.087
Flower Essences

pt-br
D20.215.784.500.087
Essências Florais

Recrutamento

• **Situação de recrutamento:** Ainda não recrutando

- **Países de recrutamento**
- Brasil

• **Data prevista do primeiro recrutamento:** 01/06/2022 (dd/mm/yyyy)

• **Tamanho da amostra alvo:** **Gênero para inclusão:** **Idade mínima para inclusão:** **Idade máxima para inclusão:**

100	-	18 Y	0
-----	---	------	---

• **Crítérios de inclusão:**

en
Be over 18 years old; have a histologically proven diagnosis of any type of advanced (stage IV) cancer; Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG): 0, 1, 2 or 3 characterized as: 0 (fully active); 1 (restricted from strenuous physical activity and able to perform work of a light or sedentary nature); 2 (self-care capacity without working conditions, remains out of bed 50% of the time) and 3 (limited self-care capacity, remains 50% of the time in bed or chair rest)

pt-br
Ser maior de 18 anos; ter diagnóstico comprovado com histologia de qualquer tipo de câncer avançado (estadio IV); Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG): 0, 1, 2 ou 3 caracterizado como: 0 (totalmente ativo); 1 (restrito de atividade física extenuante e capaz de realizar trabalho de natureza leve ou sedentária); 2 (capacidade de autocuidado sem condições de atividades laborativas, permanece 50% do tempo fora do leito) e 3 (limitada capacidade de autocuidado, permanece 50% do tempo em repouso no leito ou cadeira)

• **Crítérios de exclusão:**

23/05/2022 12:57

REBEC

en

Continuous use of anxiolytic and antidepressant medications; use of some integrative or complementary health practice such as flower essences, chromotherapy, aromatherapy, acupuncture, reiki, therapeutic touch, among others; unable to maintain verbal and/or written communication by the assessment of the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 4 performance scale (completely limited and unable to perform self-care activities, totally confined to bed or chair)

pt-br

Uso contínuo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos; uso de alguma prática integrativa ou complementar em saúde como essências florais, cromoterapia, aromaterapia, acupuntura, reiki, toque terapêutico, entre outros; impossibilitados de manter comunicação verbal e/ou escrita pela avaliação da escala de performance Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG): 4 (completamente limitado e impossibilidade de realizar atividades de autocuidado, totalmente restrito ao leito ou cadeira)

Tipo de estudo

- **Desenho de estudo:**

en

Programa de acesso	Enfoque do estudo	Desenho da intervenção	Número de braços	Tipo de mascaramento	Tipo de alocação	Fase do estudo
expandido						
1	Outro	Paralelo	2	Duplo-cego	Randomizado controlado	N/A

Desfechos

- **Desfechos primários:**

en

Increase in hope and health-related quality of life score of patients with advanced cancer. These will be measured with the respective Herth Hope Index (hope) and FACIT-Pal (health-related quality of life) instruments in the group of participants who undergo intervention or placebo

pt-br

Aumento da esperança e do escore da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com câncer avançado. Estes serão mensurados com os respectivos instrumentos Herth Hope Index (esperança) e FACIT-Pal (qualidade de vida relacionada a saúde), no grupo de participantes que forem submetidos a intervenção ou placebo

- **Desfechos secundários:**

en

Reduction or maintenance of hope scores and health-related quality of life in patients with advanced cancer

pt-br

Redução ou manutenção dos escores de esperança e da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com câncer avançado

Contatos

- **Contatos para questões públicas**
 - **Nome completo:** Comitê de Ética em Pesquisa Complexo Hospital de Clínicas
 - **Endereço:** Rua Gal Carneiro, 181 - Alto da Glória
 - **Cidade:** Curitiba / Brazil
 - **CEP:** 80060-900

23/05/2022 12:57

REBEC

- Fone: +55 41 3360-1041
- Email: cep@hc.ufpr.br
- Afiliação: Universidade Federal do Paraná

- Contatos para questões científicas

- Nome completo: Leonel dos Santos Silva
- Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 623 - Jardim Botânico,
- Cidade: Curitiba / Brazil
- CEP: 80210-170
- Fone: 41999154550
- Email: leoneldss@gmail.com
- Afiliação: Universidade Federal do Paraná

- Contatos para informação sobre os centros de pesquisa

- Nome completo: Universidade Federal do Paraná Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)
- Endereço: Av. Pref. Lothario Meissner, 632 - 3º andar. Bairro: Jardim Botânico
- Cidade: Curitiba
- CEP: 80210-170
- Fone: +55413361-3756
- Email: ppgef@ufpr.br
- Afiliação: Universidade Federal do Paraná

Links adicionais:

- [Download no formato ICTRP](#)



Total de Ensaios Clínicos 11696.

cadastre um novo usuário

ajuda

Existem 5542 ensaios clínicos registrados.

notícias

contato

Existem 3209 ensaios clínicos recrutando.

sobre

equipe

Existem 251 ensaios clínicos em análise.

links úteis

Existem 4323 ensaios clínicos em rascunho.

glossário

