

## Dor, depressão, ansiedade e qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos

*Pain, depression, anxiety and quality of life of oncologic patients in palliative care*

**Running title:** Qualidade de vida e cuidados paliativos.

Andréia Pereira da Silva<sup>1</sup> | Eduardo J. P. Possas<sup>1</sup> | Fúlvia Mello Dias<sup>1</sup> | Laura Costa Dias<sup>1</sup> | Marcelo Augusto S. Nogueira<sup>1</sup> | Gustavo S. Gontijo<sup>2</sup> | Priscilla Brunelli Pujatti<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME, Barbacena, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup>Residência Médica Cancerologia Clínica do Instituto Mario Penna (Hospital Luxemburgo e Hospital Mario Penna), Clínico Assistente do Hospital Ibiapaba - Barbacena, Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME, Barbacena, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup>Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva – INCA, Rio de Janeiro, Núcleo de Pesquisa, Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME, Barbacena, Minas Gerais, Brasil.

**Autor para correspondência:** Priscilla Brunelli Pujatti. Núcleo de Pesquisa, Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada – FUNJOBE, Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME, Barbacena, Minas Gerais, Brasil. CEP: 36.202-336. E-mail: pujatti.pb@gmail.com. Praça Presidente Antônio Carlos, nº8, Bairro São Sebastião, Barbacena, Minas Gerais, Brasil. Telefone: +55 (32) 3339 2950. **Conflito de interesse:** Nada a declarar.

doi: [10.29327/2343584.7.1-3](https://doi.org/10.29327/2343584.7.1-3)

Submetido: 26/07/2023

Aceito: 01/04/2024

### RESUMO

**Introdução:** O câncer é uma doença em que as células com alterações genéticas multiplicam-se de forma desordenada, adquirindo habilidades e motilidade anormais, invadindo outros tecidos e perdendo suas funções originais. Este processo culmina com a formação de agrupamentos de clones de células neoplásicas, isto é, tumores. Quando

não há possibilidade de cura de pacientes com tumores em estágio IV esses são submetidos aos cuidados paliativos. Para isto, impõe-se uma crescente demanda sobre estudos clínicos capazes de distinguir as mudanças na qualidade de vida dos pacientes submetidos aos tratamentos contra o câncer, com um olhar aos sintomas físicos, psicológicos e sociais. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de depressão, ansiedade, dor e seu impacto na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Materiais e métodos:** Estudo clínico prospectivo com 70 pacientes com câncer em cuidados paliativos atendidos no setor de oncologia de um hospital de Minas Gerais. Os pacientes responderam ao questionário EORTC-C30 3.0 e aos questionários McGill (MPQ) e HADS. **Resultados:** Dos pacientes em cuidados paliativos, 44,28% apresentaram depressão, 25,71% apresentaram de ansiedade, 17,14% apresentavam as duas e 70 % apresentavam dor. **Conclusão:** Este estudo objetivou avaliar o impacto da dor crônica e a influência da ansiedade e depressão na qualidade de vida e saúde global de pacientes oncológicos. Dentre os principais achados, a dor teve influência na piora qualidade de vida e no aumento da prevalência de ansiedade e depressão, mostrando assim a importância de considerar a dor ao estabelecer o tratamento paliativo do paciente.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Cuidados Paliativos, Dor, Ansiedade e Depressão.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cancer is a disease in which cells with genetic alterations multiply uncontrollably acquiring new characteristics and mobility, invading other tissues and losing their original function. This process culminates in the formation of clusters of neoplastic cell clones, that is, tumors. When there is no possibility of curing patients with stage IV tumors, they are submitted to palliative care. For this, there is a growing demand for clinical studies that can distinguish changes in the quality of life of patients undergoing cancer treatments, with a view to physical, psychological and social symptoms. **Objective:** To assess the prevalence of depression, anxiety and pain and its impact on the quality of life of cancer patients undergoing palliative care. **Materials and methods:** Prospective clinical study with 70 patients with cancer in palliative care and treated in the oncology sector of a hospital in Minas Gerais. Patients answered the EORTC-C30 3.0 questionnaire and the McGill (MPQ) and HADS questionnaires. **Results:** Of the patients in palliative care, 44.28% had depression, 25.71% had anxiety, 17.14% had both, and 70% had pain. **Conclusion:** This study has the objective to evaluate

the impact of chronic pain, anxiety and depression on the quality of life of oncological patients. Between the main finds, pain had influence in worsening the quality of life and in increasing anxiety and depression, showing the importance of considering pain while establishing palliative care.

**Keywords:** Quality of Life, Palliative Care, Pain, Anxiety and Depression.

## INTRODUÇÃO

Câncer é definido por conjunto de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, podendo invadir tecidos adjacentes ou órgãos distantes. Tais células tendem a invadir tecidos saudáveis devido ao fato de dividirem-se rapidamente, formando tumores que podem espalhar para outras regiões<sup>1</sup>. O câncer é uma doença que no Brasil representa a segunda maior causa de mortalidade, de acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer, cerca de 30% dos novos casos evoluem à óbito em um ano<sup>2</sup>. O diagnóstico precoce, aliado aos atuais métodos terapêuticos, têm permitido índices de sobrevivência maiores em casos considerados incuráveis até pouco tempo<sup>3</sup>.

Mesmo com os grandes avanços da Medicina referentes ao tratamento oncológico, as taxas de cura ainda são baixas, sendo assim, os pacientes considerados fora de possibilidades terapêuticas curativas necessitam de controle da dor, dos sintomas e acompanhamento dos aspectos

psicológicos, sociais e espirituais, com o objetivo de investir na melhoria da qualidade de vida (QV)<sup>4</sup>, processo chamado de “cuidados paliativos”.

Os cuidados paliativos têm como objetivo o cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo com o auxílio de uma equipe multiprofissional com experiência em gestão de sintomas, cuidado psicossocial e espiritual, apoio do cuidador, comunicação paciente-clínico, tomada de decisão complexa e cuidados de fim de vida<sup>5</sup>. De acordo com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida na Portaria nº 874/2013, os cuidados paliativos estão inseridos em todos os níveis de atenção na área de saúde<sup>6</sup>.

Os pacientes em cuidados paliativos podem experimentar sintomas de sofrimento físico, espiritual e psicossocial, como: dor, dispnéia, depressão e ansiedade. O objetivo da medicina paliativa é prevenir, gerenciar sintomas e otimizar a qualidade de vida durante todo o processo de morrer<sup>7</sup>. À

medida que os sintomas se agravam, a tolerância do paciente e da família ao estresse físico e emocional diminui, nesse momento, as intervenções por meio dos cuidados paliativos devem ter precedência sobre os cuidados restauradores. Nesse contexto, o objetivo do presente trabalho foi avaliar a prevalência de depressão, ansiedade, dor e seu impacto na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Foi conduzido um estudo transversal observacional prospectivo, por meio da aplicação de questionários, com 70 pacientes diagnosticados com câncer e em cuidados paliativos no Setor de Oncologia do Hospital Ibiapaba, em Barbacena, Minas Gerais.

Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos; orientados; alfabetizados ou semialfabetizados; diagnosticados com câncer; pacientes que conhecem sua condição clínica e admitidos para cuidados paliativos no estágio IV da doença; pacientes que responderam a três questionários utilizados para avaliar a qualidade de vida, dor, ansiedade e depressão; pacientes que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do

“Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Os critérios de exclusão foram: pacientes que recusaram participar da pesquisa; pacientes com comprometimento da fala ou da audição; pacientes que desconheciam seu diagnóstico ou que vieram a óbito antes do fim da pesquisa; portadores de metástases do sistema nervoso central; menores de 18 anos e que não assinaram o termo de consentimento. O projeto (CAAE: 33649720.2.0000.8307) foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE), parecer número 4.195.492.

Os pacientes selecionados estavam em cuidados ambulatoriais ou hospitalares no setor de oncologia do Hospital Ibiapaba e foram convidados a participar do estudo por meio da visita aos leitos onde se encontravam. As visitas ao hospital foram realizadas duas vezes por semana em horários fixos e não interferiram no funcionamento hospitalar ou em procedimentos médicos. Após uma breve explicação sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento, um formulário contendo dados pessoais foi aplicado, seguidos dos três questionários: Questionário de qualidade de vida da European Organization for Research and

Treatment of Cancer (EORTC-C30)<sup>8</sup>, inventário de dor McGill<sup>9</sup> e Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)<sup>10</sup> validados para a língua portuguesa.

O EORTC-C30 Versão 3.0 é composto de escalas de itens múltiplos e medidas de item único. Isso incluiu cinco escalas funcionais (física, funcional, cognitiva, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea e vômito), uma escala de saúde global/escala de qualidade de vida. Além de seis itens únicos (dispneia, perda de apetite, fadiga, insônia, constipação e diarreia) e impacto financeiro provocado pela doença. O questionário consiste em 30 questões e avalia os sintomas dos pacientes nas duas semanas que antecedem à sua aplicação, por meio da seguinte pontuação: 1 – não; 2 – pouco; 3 – moderadamente; 4 – muito, exceto para a escala de saúde geral e qualidade de vida que avalia a semana anterior à aplicação do questionário, a qual vai de 1 a 7, em que 1 significa péssima e 7, ótima. Cada uma das escalas de itens múltiplos incluiu um grupo diferente de itens e nenhum item se repete em outra escala. A cada escala e medida de item único atribuiu-se uma pontuação de 0 a 100. Uma pontuação alta representou um elevado nível de resposta, da seguinte maneira: alta pontuação para a escala

funcional representou um elevado nível de saúde funcional; alta pontuação para o estado geral de saúde/qualidade de vida representou uma elevada qualidade de vida, mas alta pontuação para a escala de sintomas representou um elevado nível de sintomas e/ou problemas. A análise do EORTC-C30 foi realizada conforme recomendado por Fayers e colaboradores (2001)<sup>8</sup>.

O McGill busca coletar informações sobre as propriedades temporais da dor: contínuas, ritmadas e momentâneas. O questionário ajuda o paciente a relatar as qualidades específicas de suas dores, com um espaço formado por um conjunto de 78 palavras que descrevem diversas experiências dolorosas em geral, que são escolhidas pelos pacientes para caracterizar as suas dores em particular.

A Escala de HADS foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não-psiquiátricos, limitada em 14 itens, divididos em duas subescala<sup>10</sup>. São utilizados dois pontos de corte em ambas as subescalas: casos possíveis recebem pontuação superior a 8 e casos prováveis, superior a 11 pontos. Propuseram ainda um terceiro ponto de corte, distúrbios graves recebem mais de 15 pontos.

Os dados dos questionários foram transcritos para planilha eletrônica e processados em software estatístico STATA v.9.2. Foram produzidas tabelas de frequência com frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas, além medidas de tendência central, posição e dispersão das variáveis quantitativas utilizando o software Microsoft Excel versão 2019 16.0.6742.2048. A existência de associação entre as variáveis de estudo foi medida por testes de Qui-quadrado, Exato de Fisher, testes paramétricos e não paramétricos

conforme indicação. O nível de significância utilizado foi de 0,05.

## RESULTADOS

Foram selecionados 70 pacientes diagnosticados com câncer no Setor de Oncologia do Hospital Ibiapaba, em Barbacena, Minas Gerais, no período de outubro de 2020 a abril de 2021. Os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes incluídos estão apresentados na **Tabela 1**. A maior parte dos pacientes foi do sexo feminino, acima dos 60 anos e a localização mais frequente da amostra foi no cólon.

**Tabela 1:** Distribuição das características sociodemográficas e clínicas da amostra selecionada no Hospital Ibiapaba (CEBAMS) em Barbacena, Minas Gerais, de outubro de 2020 a abril de 2021.

Dados Sociodemográficos			
Domínios	Variáveis	Frequência	Porcentagem
Idade	33-59	20	28,57%
	≥ 60	50	71,43%
Sexo	Feminino	42	60%
	Masculino	28	40%
Localização	Colón	16	22,85%
	Mama	9	12,86%
	Brônquio e Pulmões	7	10%
	Próstata	6	8,57%
	Estômago	5	7,14%
	Reto	4	5,71%
	Pâncreas	4	5,71%
Ovário	3	4,29%	

Dados Sociodemográficos			
Domínios	Variáveis	Frequência	Porcentagem
	Não especificado	3	4,29%
	Outros	13	18,57%

Os resultados de qualidade de vida estão descritos na **Tabela 2**. Quanto mais próximo de 100 for a média dos resultados de saúde global e saúde funcional, melhor está o paciente. Logo, como as médias dos resultados da função cognitiva, emocional e social foram baixas, os pacientes apresentavam baixa qualidade de vida nesses domínios. Em relação aos sintomas, quanto maior a média, pior está a qualidade de vida do paciente. Diante disso, é possível observar que pacientes que apresentam

sintomas de dor, perda de apetite e fadiga, impactando negativamente na qualidade de vida.

Com base nos resultados de rastreio de depressão e ansiedade pela Escala de HADS, observou-se que 31 pacientes (44,28%) apresentaram escore indicativo de depressão e 18 pacientes (25,71%) apresentaram escore indicativo de ansiedade, sendo que, desses 49, 12 pacientes (17,14%) apresentavam escore indicativo de ansiedade e depressão concomitantemente.

**Tabela 2:** Distribuição de resultados relacionados ao questionário de Qualidade de Vida (EORCT QLC30), aplicado em pacientes oncológicos do Hospital Ibiapaba (CEBAMS) em Barbacena, Minas Gerais, de outubro de 2020 a abril de 2021.

Qualidade de Vida		
Domínios	Média	Desvio padrão
<b>SÁUDE GLOBAL</b>	<b>73,8</b>	<b>25,1</b>
<b>SAÚDE FUNCIONAL</b>		
Função física	63,04	28,7
Função total	62,85	36,9
Função cognitiva	24,28	25,3
Função emocional	31,30	27,3
Função social	20,95	29,8
<b>SINTOMAS</b>		
Dispneia	14,28	29,2
Dor	40,95	35,6
Fadiga	42,06	30,9

Insônia	36,19	37,1
Perda de apetite	40	42,6
Náusea/Vômito	27,85	33,5
Constipação	25,71	37,7
Diarreia	11,9	26,6
Dificuldades financeiras	29,52	33,8

Na **Tabela 3** apresentam-se os resultados de qualidade de vida conforme presença de depressão e ansiedade pela escala de HADS. Em relação à depressão, a tabela apresentou alterações significativas nos domínios de saúde global, saúde funcional física e saúde funcional total. Quanto aos sintomas, o único que se apresentou alterado foi a fadiga. Já em relação à ansiedade, apresentaram-se alterados a saúde funcional física e saúde funcional total, entretanto, nenhum dos sintomas apresentou alteração significativa.

Dentre a amostra pesquisada, 49 pacientes apresentavam dor (prevalência de 70%), com impacto em suas atividades diárias. Desses, quatro pacientes apresentavam escore 83,3, sete pacientes 66,6, quinze pacientes 50, seis pacientes 33,3 e sete pacientes 16,6, demonstrando que a intensidade e impacto da dor foi acima de 50 em 26 pacientes (53% dos pacientes que tinham dor). Evidenciou-se que estes pacientes apresentavam qualidade de vida, função funcional e função física piores e alto índice de ansiedade e depressão.

**Tabela 3:** Distribuição dos resultados relacionados ao rastreio de ansiedade e depressão pela Escala de HADS, aplicada em pacientes oncológicos do Hospital Ibiapaba (CEBAMS) em Barbacena, Minas Gerais, de outubro de 2020 a abril de 2021.

Domínios de QV	DEPRESSÃO			ANSIEDADE		
	Sim	Não	p <sup>a</sup>	Sim	Não	p <sup>a</sup>
<b>SAÚDE GLOBAL</b>	66,39 ±28,4	79,70 ±20,8	<b>0,0426</b>	65,27 ±31,86	76,76 ±22,0	0,2464
<b>SAÚDE FUNCIONAL</b>						

Função física	53,97 ±30,6	70,25 ±25,1	<b>0,0316</b>	50,37 ±30,6	67,43 ±26,9	0,0352
Função total	48,92 ±39,6	73,93 ±30,7	<b>0,0063</b>	41,66 ±35,8	70,19 ±34,6	0,0037
Função cognitiva	31,18 ±27,12	18,80 ±22,6	0,0502	32,40 ±28,8	21,47 ±23,6	0,1630
Função emocional	41,66 ±29,8	23,07 ±22,2	<b>0,0068</b>	53,7 ±28,8	23,55 ±22,2	0,0001
Função social	29,03 ±33,3	14,52 ±25,4	<b>0,0282</b>	29,62 ±36,6	17,94 ±28,1	0,2236
<b>SINTOMAS</b>						
Dispneia	13,97 ±29,5	14,52 ±29,4	0,9487	18,51 ±34,7	12,82 ±27,3	0,5340
Fadiga	51,25 ±30,0	34,75 ±30,0	<b>0,0210</b>	49,38 ±31,7	39,52 ±30,6	0,2491
Insônia	36,55 ±36,8	35,89 ±38,5	0,9396	44,44 ±37,9	30,33 ±37,3	0,3016
Perda de apetite	46,23 ±41,8	35,04 ±43,2	0,2057	55,55 ±42,7	34,61 ±41,7	0,1011
Náusea/Vômito	32,79 ±35,8	23,93 ±31,4	0,1984	34,25 ±38,5	25,64 ±31,7	0,5068
Constipação	29,03 ±41,9	23,07 ±34,3	0,7295	33,33 ±45,7	23,07 ±34,6	0,6003
Diarreia	16,12 ±33,1	8,54 ±19,8	0,5034	14,81 ±30,7	10,89 ±25,3	0,7217
Dificuldades financeiras	35,48 ±37,4	24,78 ±30,3	0,2422	40,74 ±37,1	25,64 ±32,0	0,1088

<sup>a</sup>p representa probabilidade de significância. Os números apresentados nas linhas de cada domínio de qualidade de vida representam as médias e desvio padrão respectivamente, separados pelo símbolo ±, que representa dados quantitativos em média.

A frequência dos descritores apresentados pelos pacientes com dor, conforme questionário de McGill, está apresentada na **Tabela 4**. No tipo sensorial, os descritivos mais frequentes foram dor em pontada e dor fina. No tipo afetiva, os descritivos mais frequentes foram cansativa, enjoada e miserável. No tipo avaliativa, o descritivo mais

frequente foi a dor fria. A análise dos pacientes com dor (n = 49) evidenciou-se que estes pacientes apresentavam qualidade de vida global (p = 0,0003), saúde funcional total (p = 0,0276) e funcional física (p = 0,000) piores quando comparados aos pacientes sem dor, além maior prevalência de ansiedade e depressão (p = 0,0013).

**Tabela 4:** Caracterização da dor em pacientes oncológicos do Hospital Ibiapaba (CEBAMS) em Barbacena, Minas Gerais, de outubro de 2020 a abril de 2021.

Descritores MPQ <sup>a</sup>	Frequência	Porcentagem
<b>SENSORIAL</b>		
Latejante	24	48,98%
Pontada	42	85,71%
Agulhada	28	57,14%
Fina	31	63,27%
Beliscão	17	34,69%
Fisgada	30	61,22%
Calor	23	46,94%
Formigamento	17	34,69%
Dolorida	19	38,78%
Sensível	30	61,22%
<b>AFETIVA</b>		
Cansativa	42	85,71%
Enjoada	36	73,47%
Amedrontadora	33	67,35%
Castigante	21	42,86%
Miserável	36	73,47%
Que incomoda	18	36,73%
<b>AVALIATIVA</b>		
Espalha	23	46,94%
Aperta	26	53,06%
Fria	44	89,80%
Aborrecida	24	48,98%

<sup>a</sup> MPQ – McGill Pain Questionnaire

## DISCUSSÃO

O presente estudo levou em consideração a qualidade de vida,

rastreio de depressão, ansiedade e dor em pacientes em cuidados paliativos do hospital referência em oncologia de

Barbacena-MG. A pesquisa não apresentou intercorrências, uma vez que foram coletados todos os dados necessários. A população predominante nesse estudo foi do sexo feminino, acima de 60 anos. A localização neoplásica mais frequente tanto para o espaço amostral inteiro quanto para o sexo feminino foi a neoplasia maligna de cólon, a mais frequente entre os pacientes do sexo masculino foi a neoplasia maligna de próstata. Tumores de cólon e reto ocupam o segundo lugar de maior incidência entre as mulheres (9,5%) e homens (9,1%), ficando atrás apenas do câncer de mama (24,2%) e câncer de próstata (29,2%), respectivamente<sup>11</sup>. A maior incidência de neoplasia maligna de cólon no grupo de pacientes em cuidados paliativos pode ser justificada pelo tempo de sobrevivência menor, menor taxa curativa e, além disso, representa a terceira maior taxa de mortalidade por câncer no Brasil entre homens (8,4%) e mulheres (9,4%) de acordo com dados de 2019 do INCA (Instituto Nacional do Câncer), fazendo com que um percentual maior de pacientes ingresse em cuidados paliativos<sup>12,13</sup>.

Com relação à qualidade de vida, evidenciou-se que a saúde global apresentou média de 73,8, demonstrando que a maioria dos pacientes da amostra

se encontram relativamente em boa qualidade de vida, porém é inferior à média de saúde global dos pacientes oncológicos que não se encontram em cuidados paliativos (77,19)<sup>14-17</sup>. Quanto à saúde funcional, estão comprometidas a função cognitiva, emocional e social, sendo que a função física e a função total se mostraram menos afetadas. Quanto aos sintomas, se mostram importantes: a dor, fadiga e perda de apetite. Esses são os sintomas que mais afetam a qualidade de vida dos pacientes, já os outros se apresentaram menos frequentes. Esse achado pode se justificar pelo delineamento transversal do estudo, permitindo análise de apenas um determinado momento, o qual não necessariamente coincide com a presença do sintoma ou ainda controle do sintoma, o que é um dos objetivos dos cuidados paliativos<sup>18</sup>. Segundo Gayatri et al. (2021), cujo objetivo do estudo foi resumir os fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos, utilizando as diretrizes do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)<sup>20</sup>, foi observado que vários fatores afetavam a qualidade de vida entre pacientes com câncer em cuidados paliativos e, dentre eles, a alta

prevalência da depressão associou-se a uma menor qualidade de vida<sup>19</sup>.

Na análise de depressão e ansiedade pela escala de HADS, 44,28% apresentaram escore indicativo de depressão e 25,71% apresentaram escore indicativo de ansiedade, e 17,14% apresentavam escore indicativo das duas. A prevalência de depressão em adultos no Brasil, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, foi 7,6%, sendo maior em mulheres (10,9%) e na faixa etária entre 60-64 anos (11,9%)<sup>21</sup>. Um estudo recente, que também utilizou a Escala de HADS, apresentou prevalência de ansiedade e depressão de 31,33% e 26,18%, respectivamente, em pacientes oncológicos<sup>22</sup>.

No presente estudo, foram relacionados os domínios de qualidade de vida com a depressão e ansiedade. A partir disso, foi observado que a qualidade de vida de pessoas que apresentavam depressão se encontrava mais comprometida, quando comparada aos pacientes que não apresentavam depressão nos domínios de saúde global e saúde funcional. Em referência aos sintomas associados à depressão, o único que se apresentou piorado nesses pacientes foi a fadiga. Acerca da qualidade de vida dos pacientes que possuem ansiedade, foram observadas alterações negativas nos domínios de saúde funcional, sendo

afetadas a funcional física e funcional total. Entretanto, nenhum dos sintomas apresentou alteração significativa em pacientes rastreados com ansiedade. Além disso, os domínios funcionais emocionais e sociais nos pacientes rastreados com depressão e o domínio emocional em pacientes rastreados com ansiedade apresentaram-se com valores de escore maiores do que os dos pacientes que não apresentavam depressão e ansiedade. Isso pode ser justificado pela faixa etária mais elevada da amostra, que pode impactar positivamente na função emocional<sup>23</sup>. Os escores elevados de função social podem ser explicados pelo fato de o delineamento do estudo ser qualitativo transversal, permitindo a observação de apenas um determinado momento e também porque as funções emocionais e sociais são de difícil análise, uma vez que são aspectos subjetivos. Além disso, não foi avaliado o uso de medicamentos que poderiam interferir na função emocional dos pacientes.

Pesquisas adicionais poderiam se beneficiar realizando a coleta de dados por um período de tempo maior e aplicando os questionários durante diversas etapas do tratamento oncológico, além de realizar o monitoramento do uso de medicamentos

no estado emocional dos pacientes, o que não ocorreu no estudo presente.

Sobre o rastreamento da dor na pesquisa realizada, é possível dividir os descritivos em três tipos de dor, sendo eles sensorial, afetiva e avaliativa. No tipo sensorial, os descritivos mais frequentes foram dor em pontada (85,71%) e dor fina (63,27%). No tipo afetiva, os descritivos mais frequentes foram cansativa (85,71%), enjoada e miserável (ambas 73,47%). No tipo avaliativa, o descritivo mais frequente foi a dor fria (89,80%). A dor pode ser dividida também em nociceptiva, neuropática e mista<sup>24</sup>, sendo a nociceptiva uma das mais frequentes no estudo, representada pelos descritores “fria” e “pontada”. Segundo estudos que também utilizaram o questionário de McGill para pacientes oncológicos<sup>25,26</sup>, o descritivo em pontada foi o segundo e terceiro mais frequentes, respectivamente.

Diante dos resultados, foi possível observar que, embora a qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes em cuidados paliativos esteja moderadamente satisfatória, ela foi impactada diretamente pela presença de ansiedade, depressão e dor, com piora na qualidade de vida global e saúde funcional total e física. Além disso, pacientes que apresentavam dor tinham

maior prevalência de ansiedade e depressão. A dor para o paciente oncológico pode representar agravamento do prognóstico, diminuição da autonomia, do bem-estar e qualidade de vida, afetando todas as esferas da vida do paciente com câncer<sup>27</sup>.

## CONCLUSÃO

Dentre os principais achados, a dor teve influência na piora qualidade de vida e no aumento da prevalência de ansiedade e depressão, mostrando assim a importância de considerar a dor ao estabelecer o tratamento paliativo do paciente.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prof. MSc. Márcio Heitor Stelmo Silva pelo auxílio no processamento dos dados.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O que é câncer? Rio de Janeiro: Inca; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais. Manual de Bases Técnicas em Oncologia. Brasília; 2006. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inc>

- a.local/files/media/document/manual-oncologia-26a-edicao.pdf. Acesso em 23 de maio de 2021.
3. Câncer no Brasil: presente e futuro. São Paulo: Rev. Assoc. Med. Bras.; 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000100001>
  4. Diniz RW, et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. São Paulo: Rev. Assoc. Med. Bras.; 2006. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000500014>
  5. Hui David, Hannon Breffni L., Zimmermann Camilla, Bruera Eduardo. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 2018 Sep 13 [cited 2021 May 11];68(5):356-376. DOI <https://doi.org/10.3322/caac.21490>. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21490>
  6. World health organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO; 2002.
  7. Obermeyer Z, et al. Association between the Medicare hospice benefit and health care utilization and costs for patients with poor-prognosis cancer. JAMA; 2014.
  8. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, et al. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3.ed. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer; 2001.
  9. Dworkin RH, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). Pain; 2009. doi: 10.1016/j.pain.2009.02.007
  10. Marcolino JAM, et al. Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório. Estudo comparativo. Revista Brasileira de Anestesiologia [online]; 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000200004>.
  11. Steffen RE, et al. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, p. e280209; 2018.
  12. Freitas R, et al. Prognostic factors and overall survival of breast cancer in the city of Goiania, Brazil: a population-based study. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100->

- 69912017005003>. ISSN 1809-4546.  
<https://doi.org/10.1590/0100-69912017005003>.
13. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2013. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>
14. Alves RF, et al. Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. Aletheia; 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942012000200004&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200004&lng=pt).
15. Souza JC, et al. Qualidade de vida de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica. Rev Pan Amaz Saude; 2018. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232018000300006&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000300006&lng=pt)  
<http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000300006>.
16. Vânia NMS, Ana CVS, Cristiane RM. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares e Desafios da Prática Médica diante da Finitude da Vida. Rev. Bras. Cancerol; 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/423>
17. Belmiro AAML. Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos à quimioterapia paliativa. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Brasília: Universidade de Brasília; 2018.
18. Bordalo AA. Estudo transversal e/ou longitudinal. Rev. Para. Med; 2006. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-59072006000400001&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400001&lng=pt).
19. Gayatri D, Efremov L, Kantelhardt EJ, Mikolajczyk R. Quality of life of cancer patients at palliative care units in developing countries: systematic review of the published literature. Qual Life Res; 2021. 30(2):315-343. doi:10.1007/s11136-020-02633-z
20. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, P Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLoS Medicine, 2009. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.
21. Stopa SR, et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013: Revista Brasileira de Epidemiologia; 2015. Disponível em:

- <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>>. ISSN 1980-5497.
22. Ferreira AS, et al. Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. *Rev. Bras. Cancerol*; 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/159>
23. Ximenes CRC. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com câncer. Rio de Janeiro: Thèse de Portugais; 2017.
24. Woolf CJ. O que é essa coisa chamada dor? *Journal of Clinical Investigation: J Clin Invest*; nov. 2010. doi: 10.1172 / JCI45178
25. Costa, Aline Isabella Saraiva e Chaves, Marcelo Donizetti Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. *Revista Dor [online]*. 2012, v. 13, n. 1 [Acessado 22 Setembro 2021], pp. 45-49. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-00132012000100008>>. Epub 29 Mar 2012. ISSN 2317-6393. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132012000100008>.
26. Mendes PM, et al. Aplicação da escala de mcgill para avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Piauí: Rev. enferm. UFPE*; 2016.
27. Izzo JM, et al. The impact of chronic pain on the quality of life and on the functional capacity of cancer patients and their caregivers. *BrJP*; 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190062>>. Epub 02 Dez 2019. ISSN 2595-3192. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190062>.