

# Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer

*Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients*

*Prevalencia de síntomas y de calidad de vida en pacientes con cáncer*

**Marina de Góes Salvetti<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4274-8709

**Caroline Silva Pereira Machado<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5589-453X

**Suzana Cristina Teixeira Donato<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8876-2816

**Adriana Marques da Silva<sup>1,II</sup>**

ORCID: 0000-0001-5801-4032

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>II</sup>Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

## Como citar este artigo:

Salveti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AM. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180287. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>

## Autor Correspondente:

Marina de Góes Salvetti  
E-mail: [mgsalveti@usp.br](mailto:mgsalveti@usp.br)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Margarida Vieira

**Submissão:** 04-05-2018 **Aprovação:** 29-11-2018

## RESUMO

**Objetivos:** analisar a prevalência de sintomas e sua relação com a qualidade de vida de pacientes com câncer. **Métodos:** estudo transversal com amostra de 107 pacientes avaliados por meio de formulário sociodemográfico, escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) e escala de qualidade de vida (EORTC-QLQ-C30). O teste de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar a relação entre sintomas e a qualidade de vida. **Resultados:** predomínio de pacientes do sexo feminino (56,1%), idade média de 55 anos e escolaridade de 10 anos. Verificou-se fadiga (76,6%), insônia (47,7%), dor (42,1%), perda de apetite (37,4%), ansiedade (31,8%) e depressão (21,5%). Os sintomas de ansiedade e depressão apresentaram correlação negativa com qualidade de vida e correlação positiva com sintomas físicos. **Conclusões:** fadiga, insônia, dor e perda de apetite foram os sintomas mais frequentes e mais intensos. Sintomas de ansiedade e depressão mostraram correlação negativa com qualidade de vida e positiva com sintomas físicos.

**Descritores:** Enfermagem Oncológica; Neoplasias; Sinais e Sintomas; Avaliação de Sintomas; Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

**Objectives:** to analyze the prevalence of symptoms and their relationship with the quality of life of cancer patients. **Methods:** this is a cross-sectional study with 107 patients evaluated using a sociodemographic instrument, the hospital anxiety and depression scale (HADS) and the quality of life scale (EORTC-QLQ-C30). Pearson's correlation test was used to evaluate the relationship between symptoms and quality of life. **Results:** prevalence of female patients (56.1%), 55 years as the mean age and 10 years of schooling. Fatigue (76.6%), insomnia (47.7%), pain (42.1%), loss of appetite (37.4%), anxiety (31.8%) and depression (21.5%) were identified. Anxiety and depression symptoms presented a negative correlation with quality of life and positive correlation with physical symptoms. **Conclusions:** fatigue, insomnia, pain and loss of appetite were the most common and most intense symptoms. Anxiety and depression symptoms presented a negative correlation with quality of life and positive correlation with physical symptoms.

**Descriptors:** Oncology Nursing; Neoplasms; Signs and Symptoms; Symptoms Assessment; Quality of Life.

## RESUMEN

**Objetivos:** evaluar la prevalencia de síntomas y su relación con la calidad de vida de los pacientes con cáncer. **Métodos:** estudio transversal con una muestra de 107 pacientes que fueron evaluados por medio de formulario sociodemográfico, de la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) y de la Escala de calidad de vida (EORTC-QLQ-C30). Se hizo la prueba de correlación de Pearson para evaluar la relación entre los síntomas y la calidad de vida. **Resultados:** hubo un predominio de pacientes del sexo femenino (56,1%), un promedio de edad de 55 años y un nivel de escolaridad de 10 años. Se observaron los siguientes elementos: fatiga (76,6%), insomnio (47,7%), dolor (42,1%), pérdida de apetito (37,4%), ansiedad (31,8%) y depresión (21,5%). Los síntomas ansiedad y depresión presentaron una correlación negativa con la calidad de vida y una correlación positiva con los síntomas físicos. **Conclusiones:** la fatiga, el insomnio, el dolor y la pérdida de apetito fueron los síntomas más frecuentes e intensos. Los síntomas ansiedad y depresión se correlacionaron negativamente con la calidad de vida y positivamente con los síntomas físicos.

**Descriptor:** Enfermería Oncológica; Neoplasias; Signos y Síntomas; Evaluación de Síntomas; Calidad de Vida.

## INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Câncer (Inca) estimou 600 mil novos casos de câncer no Brasil para o biênio 2018-2019, sendo os de próstata (31,7%), pulmão (8,7%) e intestino (8,1%) mais frequentes entre os homens, e os de mama (29,5%), intestino (9,4%) e colo do útero (8,1%) mais recorrentes entre as mulheres<sup>(1)</sup>.

Diagnóstico, tratamento e medo da recorrência provocam significativo impacto psicológico nos pacientes com câncer e afetam a qualidade de vida (QV)<sup>(2-3)</sup>. Revisão sistemática identificou que o medo da recorrência do câncer foi referido como a maior causa de preocupação entre os pacientes<sup>(4)</sup>. Esse estudo mostrou também que pacientes que apresentavam mais sintomas, como fadiga, dor e distúrbios de imagem corporal/aparência, mais frequentemente apresentavam medo de recorrência do câncer<sup>(4)</sup>. Esses dados mostram a importância do manejo de sintomas para o enfrentamento da doença, porém o controle ainda é incipiente.

Sintomas de ansiedade e depressão podem variar de acordo com a etapa do tratamento e evolução da doença, afetando a qualidade de vida, a adesão ao tratamento e o autocuidado. A funcionalidade também pode ficar prejudicada em pacientes ansiosos/deprimidos, influenciando outros sintomas e reduzindo o desejo de viver<sup>(2,5-6)</sup>.

Há poucos estudos no cenário nacional sobre a prevalência de depressão e ansiedade em pacientes oncológicos, com taxas que variam de 25% a 40% e tendências mais elevadas em pacientes em tratamento quimioterápico<sup>(2,7-8)</sup>.

Pesquisa que analisou pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico mostrou disforia e depressão de 7,3% a 12,1% no início do tratamento e 9,7% a 21,9% no final, sugerindo um grande impacto da doença e do tratamento nos aspectos emocionais<sup>(9)</sup>.

Dor e fadiga são os sintomas mais prevalentes em pacientes com câncer. Quanto a isso, pesquisa que avaliou mais de três mil pacientes com diversos tipos de câncer mostrou que 67% relatavam algum tipo de dor ou precisavam de analgésicos no início do tratamento e destes, 33% não estavam recebendo a analgesia adequada<sup>(10)</sup>. Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que cerca de 90% dos casos de dor em pacientes com câncer poderiam ser controlados com intervenções simples<sup>(11)</sup>. Porém muitos estudos indicam que o controle da dor para esses pacientes ainda é difícil.

Fadiga é relatada por 50% a 90% dos pacientes, prejudicando a qualidade de vida e a funcionalidade<sup>(12)</sup>. Pesquisa que incluiu mulheres com câncer de mama, no interior do estado de São Paulo, mostrou que 70,9% das pacientes avaliadas apresentavam sintomas de depressão e 71% apresentavam fadiga<sup>(13)</sup>.

Estudo que avaliou mulheres com câncer de mama identificou fadiga clinicamente relevante (intensidade  $\geq 4$ ) em 31,9% das mulheres, nas quais esse sintoma esteve associado à dor e depressão<sup>(14)</sup>. Já em pacientes com câncer colorretal, a fadiga ocorreu em 26,8% e teve como preditores: depressão, funcionalidade prejudicada e distúrbio do sono<sup>(15)</sup>.

Náuseas e vômitos também são comuns em pacientes que recebem quimioterapia. Estudo nacional que avaliou mulheres com câncer de mama tratadas com quimioterapia indicou que 93% delas apresentaram náuseas e 87% tiveram pelo menos um episódio de vômito durante o tratamento<sup>(16)</sup>. Constipação e diarreia também ocorrem em pacientes tratados com quimioterapia e radioterapia<sup>(17-18)</sup>.

Uma investigação realizada com 75 pacientes com câncer mostrou que as manifestações clínicas decorrentes do tratamento mais prevalentes foram as metabólicas (89,3%), como perda ou ganho de peso, as gastrointestinais (74,6%), como diarreia, náusea e vômito, e as psicológicas (61,7%), como insônia e ansiedade. Além disso, a dor foi relatada por 58,6% dos pacientes, com intensidade moderada (média de  $6,7 \pm 1,83$ ), de acordo com a escala numérica de dor<sup>(19)</sup>. Em outro estudo realizado em 2016, a prevalência de dor em pacientes com melanoma foi de 38,2%, dos quais 75% relataram alguma incapacidade relacionada<sup>(20)</sup>.

Um estudo amplo realizado nos Estados Unidos em 114 unidades de oncologia investigou a dor em 810 pacientes com câncer. A pontuação média na escala numérica de dor foi de 5,8 e 25% dos pacientes relataram que passavam mais de 50% do tempo com dor constante ou intensa<sup>(21)</sup>. Esses estudos mostram que a dor tem grande impacto na vida dos pacientes com câncer, sendo frequentemente relacionada com prejuízo à qualidade de vida.

A insônia, também frequente em pacientes com câncer, pode estar relacionada a eventos estressantes, fadiga e depressão, além de provocar danos na funcionalidade<sup>(22)</sup>. Esse sintoma afeta negativamente a qualidade de vida e pode agravar sintomas de ansiedade e depressão<sup>(23)</sup>.

Nota-se, portanto, que há superposição de sintomas que, embora comuns em pacientes com câncer, nem sempre são tratados adequadamente, prejudicando a qualidade de vida, a funcionalidade e o autocuidado e podendo afetar a adesão ao tratamento e os resultados.

## OBJETIVOS

Analisar a prevalência de sintomas e sua relação com a qualidade de vida de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico e radioterápico.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

Este estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução CNS 466/2012 e da Resolução Cofen 311/2007 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Os pacientes com câncer, em tratamento no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), foram convidados a participar e receberam informações sobre os objetivos do estudo. Os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

### Desenho, local do estudo e período

Estudo transversal, descritivo, desenvolvido nos Ambulatórios de Quimioterapia e Radioterapia do ICESP, no período de setembro de 2015 a dezembro de 2016.

### Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A amostra do estudo foi composta por pacientes com neoplasia maligna em tratamento por radioterapia ou quimioterapia. Os

critérios de inclusão no estudo foram: diagnóstico de neoplasia maligna confirmado, estar em tratamento com quimioterapia ou radioterapia; idade superior a 18 anos; escolaridade mínima de quatro anos, não apresentar disfunção de linguagem e estar orientado no tempo e no espaço. Os critérios de exclusão do estudo foram: pacientes analfabetos ou com incapacidades cognitivas (demência) e pacientes com alta demanda de cuidados.

### Protocolo do estudo

Os participantes do estudo foram avaliados por meio de formulário com dados sociodemográficos e clínicos, escala de funcionalidade Karnofsky Performance Status (KPS)<sup>(24-26)</sup>, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão<sup>(27-28)</sup> e pelo instrumento European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 (EORTC-QLQ-C30)<sup>(29)</sup>.

A KPS é uma escala de avaliação de desempenho que permite avaliar a capacidade funcional e a habilidade para desempenhar atividades de vida diária de pacientes com câncer. O escore varia de 0 a 100, e é estabelecido por meio de observação pelo profissional de saúde. Escores mais elevados indicam melhor capacidade funcional (0 representa morte e 100 representa plena capacidade física). Essa escala funcional é amplamente utilizada e teve suas propriedades psicométricas testadas em diversos contextos<sup>(24-26)</sup>.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) é composta por 14 itens (pontuados de 0 a 3), divididos em sete itens para avaliação da ansiedade (HADS-A) e outros sete para avaliação da depressão (HADS-D)<sup>(27-28)</sup>. Essa escala foi validada para a língua portuguesa e apresenta bons índices de validade e confiabilidade<sup>(27-28)</sup>. O escore total varia de 0 a 21 em cada subescala. De acordo com a literatura, adotou-se o ponto de corte igual ou maior que 8 como indicativo de ansiedade (HADS-A) e escore igual ou superior a 9 como indicativo de depressão (HADS-D)<sup>(27-28)</sup>.

O instrumento EORTC-QLQ-C30, avalia a qualidade de vida relacionada à saúde, e foi validado para pacientes com câncer da população brasileira, apresentando propriedades psicométricas satisfatórias<sup>(29)</sup>. Esse questionário é composto por 30 questões que englobam cinco escalas funcionais (funções física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papel) e três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea e vômito), uma escala de estado geral de saúde/QV, cinco itens relacionados à avaliação de sintomas comuns ao tratamento do câncer (dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia) e um item de avaliação do impacto financeiro da doença e tratamento<sup>(29)</sup>. O escore de cada escala varia de 0 a 100, sendo que para a funcionalidade e QV escores mais elevados indicam melhor desempenho e para os sintomas os escores mais elevados indicam maior intensidade do sintoma<sup>(29)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Os dados foram incluídos em banco de dados do Excel e analisados no programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) por meio de estatística descritiva e inferencial. O coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) foi utilizado para avaliar a correlação entre os escores de sintomas e os de qualidade de vida. Valores de  $p > 0,05$  foram considerados significativos.

## RESULTADOS

Foram avaliados quanto à elegibilidade 162 pacientes, dos quais 23 não atenderam aos critérios de inclusão do estudo e 32 se recusaram a participar. Dessa forma, a amostra do estudo, de conveniência, incluiu 107 pacientes.

A idade média dos participantes foi de 55 anos, com escolaridade média de 10 anos e predomínio do sexo feminino (56,1%), que viviam com companheiro (61,7%) e católicos (54,2%), e renda familiar média de R\$3.400,00. A Tabela 1 apresenta as características da amostra.

**Tabela 1** – Distribuição dos escores de ansiedade e depressão (N=107), São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Escala de ansiedade HADS*		Escala de depressão HADS*	
Sim (escore $\geq 8$ )	n = 34 (31,8%)	Sim (escore $\geq 9$ )	n = 23 (21,5%)
Não (escore $< 8$ )	n = 73 (68,2%)	Não (escore $< 9$ )	n = 84 (78,5%)
Média (DP <sup>†</sup> )	5,7 (3,9)	Média (DP <sup>†</sup> )	4,7 (3,7)

Nota: \*HADS – Escala hospitalar de ansiedade e depressão; <sup>†</sup>DP – Desvio padrão.

O tipo de câncer mais frequente entre os participantes foi colorretal (49,5%), seguido de mama (24,3%), próstata (8,4%) e outros (17,8%). O tempo médio de diagnóstico foi de 13,1 meses (DP = 16,5), 67,3% estavam em tratamento por quimioterapia e 32,7% por radioterapia, com boa capacidade funcional (escore médio de Karnofsky = 89,6).

A análise da prevalência de sintomas, realizada por meio da escala de sintomas (QLQ-C30), indicou que os sintomas mais frequentes foram fadiga (76,6%), insônia (47,7%) e dor (42,1%), seguidos de perda de apetite (37,4%), náusea/vômitos (33,6%), constipação (27,1%), diarreia (26,2%) e dispneia (18,7%).

Com base nos pontos de corte adotados para a HADS, observou-se 31,8% de ansiedade e 21,5% de depressão (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra as médias e desvio padrão (DP) das escalas de funcionalidade e sintomas do EORTC-QLQ-C30, que mostrou escore médio do estado geral de saúde de 71,0 (DP=23,7), com maiores prejuízos na funcionalidade física (média = 71,4; DP = 25,2) e emocional (média = 68,1; DP = 26,0). Nas escalas de sintomas, a insônia foi o mais intenso, com média de 30,5 (DP = 37,2), seguido de fadiga 29,2 (DP = 27,8), perda de apetite 25,6 (DP = 37,6) e dor 22,0 (DP = 32,1). A escala de dificuldades financeiras em virtude do tratamento e da doença apresentou média de 35,5 (DP = 41,8).

A Tabela 3 mostra a correspondência entre as escalas EORTC-QLQ-C30 e HADS, que indicou correlação negativa moderada entre qualidade de vida geral e ansiedade ( $r = -0,477$ ;  $p < 0,001$ ) e qualidade de vida geral e depressão ( $r = -0,504$ ;  $p < 0,001$ ), mostrando que quanto maiores os escores de ansiedade e depressão, menor a qualidade de vida geral dos pacientes.

Observou-se também correlação negativa entre funcionalidade física e depressão ( $r = -0,487$ ;  $p < 0,001$ ), desempenho de papel e depressão ( $r = -0,523$ ;  $p < 0,001$ ) e funcionalidade emocional e depressão ( $r = -0,550$ ;  $p < 0,001$ ). Logo, quanto maior o escore de depressão, piores os índices de funcionalidade física, desempenho de papel e funcionalidade emocional dos participantes (Tabela 3).

**Tabela 2** – Descrição das médias e desvio padrão das escalas do instrumento de avaliação de qualidade de vida (QLQ-C30\*), São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Escalas	Média	Desvio padrão
Estado geral de saúde/QV <sup>†</sup>	71,0	23,7
Funcionamento físico	71,4	25,2
Desempenho de papel	75,7	31,0
Funcionamento emocional	68,1	26,0
Funcionamento cognitivo	78,4	26,0
Funcionamento social	73,7	32,1
Fadiga	29,2	27,8
Náuseas e vômitos	13,1	24,6
Dor	22,0	32,7
Dispneia	7,8	18,1
Insônia	30,5	37,2
Perda de apetite	25,6	37,6
Constipação	17,1	31,8
Diarreia	12,8	24,5
Dificuldades financeiras	35,5	41,8

Nota: \*EORTC-QLQ-C30 – Quality of Life Questionnaire Core-30, <sup>†</sup>QV – qualidade de vida.

**Tabela 3** – Correlação entre as escalas de qualidade de vida (QLQ-C30\*) e ansiedade e depressão (HADS) – São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015-2016

	HADS <sup>†</sup> Ansiedade		HADS Depressão	
	(r) <sup>‡</sup>	Valor de p	(r)	Valor de p
Estado geral de saúde/QV <sup>§</sup>	-0,477	0,000	-0,504	0,000
Funcionalidade física	-0,331	0,001	-0,487	0,000
Desempenho de papel	-0,411	0,000	-0,523	0,000
Funcionalidade emocional	-0,699	0,000	-0,550	0,000
Funcionalidade cognitiva	-0,328	0,001	-0,372	0,000
Funcionalidade social	-0,284	0,003	-0,349	0,000
Fadiga	0,408	0,000	0,488	0,000
Náusea e vômito	0,123	0,208	0,372	0,000
Dor	0,298	0,002	0,351	0,000
Dispneia	0,119	0,222	0,094	0,337
Insônia	0,273	0,004	0,241	0,012
Perda de apetite	0,210	0,030	0,327	0,001
Constipação	0,216	0,025	0,327	0,001
Diarreia	0,011	0,907	0,128	0,188
Dificuldades financeiras	0,116	0,233	0,208	0,032

Nota: \*EORTC-QLQ-C30 – Quality of Life Questionnaire Core-30, <sup>†</sup>HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, <sup>‡</sup>(r) – Coeficiente de correlação de Pearson, <sup>§</sup>QV – Qualidade de Vida.

Houve correlação negativa moderada entre o desempenho de papel e ansiedade ( $r = -0,411$ ;  $p < 0,001$ ) e entre funcionalidade emocional e ansiedade ( $r = -0,699$ ;  $p < 0,001$ ), indicando que quanto maior o escore de ansiedade, pior o desempenho de papéis e a funcionalidade emocional (Tabela 3).

Observou-se ainda correlação positiva moderada entre fadiga e ansiedade ( $r = 0,408$ ;  $p < 0,001$ ) e fadiga e depressão ( $r = 0,488$ ;  $p < 0,001$ ), o que sugere que quanto maiores os escores de ansiedade e depressão, pior a intensidade da fadiga (Tabela 3).

Correlações positivas fracas foram observadas entre sintomas físicos (náuseas, dor, insônia, perda de apetite, constipação), depressão e ansiedade (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

A análise do perfil sociodemográfico da amostra mostrou características semelhantes a outros estudos que avaliaram pacientes com câncer<sup>(30-31)</sup> e observaram predomínio de sexo feminino, pessoas casadas/união estável e com idade média de 55 anos, dados que confirmam informações do Inca que apontam maior incidência do câncer em pessoas com mais de 40 anos de idade<sup>(1,32-33)</sup>.

Com relação aos sintomas apresentados durante o tratamento oncológico, observou-se prevalência elevada de fadiga, insônia, dor, perda de apetite, depressão e ansiedade, achados semelhantes ao encontrado em outros estudos que avaliaram pacientes com câncer<sup>(33-34)</sup>.

A fadiga é um dos sintomas mais comuns em pacientes com câncer, principalmente para os que fazem tratamento com quimioterapia ou radioterapia. A prevalência de fadiga foi elevada neste estudo, resultado que se assemelha aos observados em investigações realizadas em outros países, com o mesmo perfil de pacientes<sup>(35-36)</sup>.

Pesquisa que analisou a fadiga em pacientes com câncer colorretal no estado de São Paulo encontrou prevalência inferior à do presente estudo e mostrou que depressão, funcionalidade e prejuízo do sono foram os preditores mais fortes de fadiga, ou seja, na presença de todos esses fatores a probabilidade de fadiga foi de 80%, porém na ausência, a ela caía para 8%<sup>(15)</sup>. Esses dados corroboram os resultados encontrados no presente estudo, uma vez que se notou correlação positiva moderada entre fadiga e depressão, isto é, os pacientes com escores mais elevados de depressão apresentaram escores mais elevados de fadiga.

Estudo que relacionou a piora da qualidade de vida com a presença de fadiga e depressão sugeriu que esses sintomas, em comorbidade, podem potencializar prejuízos ao estado geral de saúde dos pacientes<sup>(37)</sup>.

As análises da presente investigação mostraram prevalência de ansiedade e depressão superiores às encontradas na população geral<sup>(2,7,38)</sup>. Ambos os sintomas apresentaram correlação negativa com a função emocional e o desempenho de papel dos pacientes, indicando que a presença de sintomas de ansiedade e depressão está relacionada a prejuízos nessas escalas funcionais, afetando inevitavelmente a qualidade de vida.

Estudos mostram que os sintomas de ansiedade e depressão são mais frequentes em pacientes com câncer do que naqueles com outros tipos de doenças crônicas, o que mostra a importância da detecção precoce dos sintomas, para a melhoria dessas condições. Pesquisa publicada em 2017 avaliou a incidência de ansiedade e depressão antes da realização da quimioterapia, além do impacto dos sintomas na qualidade de vida, e detectou ansiedade em 21,8% dos pacientes e depressão em 23,6%, demonstrando que houve correlação negativa moderada desses sintomas com a qualidade de vida e confirmando os achados do presente estudo<sup>(38)</sup>.

Considerando que o tratamento para o câncer pode trazer diversas modificações na vida dos pacientes, que podem colaborar para o aumento dos sintomas de depressão e ansiedade, como evidenciado neste trabalho, a equipe multiprofissional deve estar atenta a essas manifestações para realizar os encaminhamentos necessários.

A dor foi frequente neste estudo, mas, embora não tenha sido o sintoma com maior intensidade, apresentou correlação positiva com os sintomas de depressão e ansiedade, sugerindo relação com eles. Outros estudos confirmam a associação entre a presença de dor no câncer, sintomas de ansiedade e depressão e prejuízos à qualidade de vida<sup>(39-40)</sup>. Pesquisa realizada na China mostrou que melhor qualidade de vida esteve associada à menor intensidade de dor, e menor interferência desse sintoma no curso da doença<sup>(40)</sup>, o que reforça a importância do controle efetivo da dor em pacientes com câncer.

A presença de sintomas pode afetar a funcionalidade física, emocional e cognitiva, influenciando na qualidade de vida geral.

As funcionalidades física e emocional foram as mais prejudicadas na amostra do presente estudo.

Estudo nacional encontrou média de QV geral semelhante à desta pesquisa em pacientes submetidos à quimioterapia<sup>(33)</sup>. Por outro lado, trabalhos que avaliaram mulheres com câncer em tratamento com radioterapia<sup>(41)</sup> e quimioterapia<sup>(42-43)</sup> encontraram índices de QV geral superiores.

Pesquisa que avaliou a qualidade de vida de pacientes com câncer em quimioterapia também usou a escala EORTC-QLQ-C30 e mostrou que dor mais intensa e índices elevados de fadiga foram significativamente relacionados à menor qualidade de vida ( $p < 0.05$ )<sup>(44)</sup>. Outro estudo avaliou a associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão e encontrou correlação negativa forte entre qualidade de vida e depressão ( $r = -0,73$ ), negativa moderada entre qualidade de vida e dor ( $r = -0,41$ ) e entre qualidade de vida e ansiedade ( $r = -0,65$ )<sup>(45)</sup>. Dados semelhantes aos do presente estudo, que também encontrou correlações negativas entre qualidade de vida, depressão e ansiedade.

### Limitações do estudo

Foi utilizada amostra de conveniência, o que dificulta a generalização dos achados, que representam apenas os pacientes da instituição onde foi realizada a pesquisa. Além disso, um dos critérios de inclusão foi a escolaridade mínima de 4 anos, pela possível dificuldade de compreensão dos instrumentos de medida. Esta decisão, no entanto, impediu a participação de pacientes analfabetos ou com escolaridade mínima, o que pode ser considerado um potencial viés.

### Contribuições para a área da enfermagem e saúde

Este estudo traz contribuições importantes para a área da enfermagem, pois mostra os sintomas mais prevalentes em pacientes

com câncer, em tratamento com quimioterapia e radioterapia, além disso, analisa a relação dos sintomas com a qualidade de vida. Conhecer os sintomas mais frequentes nesse grupo de pacientes e sua relação com a qualidade de vida permite que os enfermeiros planejem melhor a assistência de enfermagem em serviços de quimioterapia e radioterapia, o que pode resultar em maior segurança e melhor qualidade da assistência.

### CONCLUSÕES

Fadiga, insônia, dor e perda de apetite foram os sintomas mais frequentes e mais intensos entre os pacientes com câncer em tratamento com quimioterapia ou radioterapia. Sintomas de ansiedade e depressão também foram frequentes e mostraram correlação negativa com qualidade de vida e funcionalidade e correlação positiva com diversos sintomas físicos.

Apesar dos inúmeros avanços no tratamento do câncer, a prevalência de sintomas físicos e emocionais ainda é elevada e pode afetar a qualidade de vida desses pacientes. Estratégias mais eficazes devem ser adotadas para manejo dos sintomas.

### FOMENTO

Este estudo teve apoio financeiro da FAPESP, Processo 2015/10308-8. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

### AGRADECIMENTO

Agradecemos o apoio do ICESP para a realização do estudo e às alunas Isadora Cardoso Salles, Juliana Rodrigues Martins, Fernanda Moreira Leite e Martha Letícia Aguirre Quintero pela importante contribuição na coleta de dados.

### REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [cited 2018 Mar 13]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
2. Santichi EC, Benute GRG, Juhas TR, Peraro EC, Lucia MCS. Rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. *Psicol Hosp* [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 10];10(1):42-67. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092012000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000100004)
3. Stafford L, Judd F, Gibson P, Komiti A, Mann GB, Quinn M. Anxiety and depression symptoms in the 2 years following diagnosis of breast or gynaecologic cancer: prevalence, course and determinants of outcome. *Support Care Cancer*. 2015; 23(8):2215-24. doi: 10.1007/s00520-014-2571-y
4. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv*. 2013;7(3):300-22. doi: 10.1007/s11764-013-0272-z
5. Addington HJ. The legacy of cancer on depression and anxiety. *Lancet Oncol*. 2013;14(8):675-6. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70238-9
6. Ng CG, Mohamed S, See MH, Harun F, Dahlui M, Sulaiman AH, et al. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13(1):205. doi: 10.1186/s12955-015-0401-7
7. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
8. Ferreira AS, Bicalho BP, Oda JMM, Duarte SJH, Machado RM. Breast cancer: prevalence of anxiety and depression in outpatients. *Arq Ciênc Saude UNIPAR*. 2016;19(3):185-9. doi: 10.25110/arqsaude.v19i3.2015.5548

9. Paula JM, Sonobe HM, Nicolussi AC, Zago MMF, Sawada NO. Symptoms of depression in patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: a prospective study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(2):1-7. doi: 10.1590/S0104-11692012000200020
10. Fisch MJ, Lee JW, Weiss M, Wagner LI, Chang VT, Cella D, et al. Prospective, observational study of pain and analgesic prescribing in medical oncology outpatients with breast, colorectal, lung, or prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(16):1980-8. doi: 10.1200/JCO.2011.39.2381
11. World Health Organization (WHO). WHO's pain relief ladder [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2017 Sept 20]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en>
12. Campos MPO, Hassan BJ, Riechelmann R, del Giglio A. Cancer-related fatigue: a review. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(2):206-14. doi: 10.1590/S0104-42302011000200021
13. Panobianco MS, Magalhães PAP, Soares CR, Sampaio BAL, Almeida AM, Gozzo TO, et al. Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. *Rev Elet Enf*. 2012;14(3):532-40. doi: 10.5216/ree.v14i3.14409
14. Lamino DA, Pimenta CAA, Braga PE, Mota DDCF. Fadiga clinicamente relevante em mulheres com câncer de mama: prevalência e fatores associados. *Invest Enferm. Imagen Desarr*. 2015;17(1):65-76. doi: 10.11144/Javeriana.IE17-1.fcrrm
15. Mota DDCF, Pimenta CAM, Caponero R. Fatigue in colorectal cancer patients: prevalence and associated factors. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(3):495-503. doi: 10.1590/S0104-11692012000300010
16. Gozzo TO, Moysés AMB, Silva PR, Almeida AM. Nausea, vomiting and quality of life in women with breast cancer receiving chemotherapy. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):110-6. doi: 10.1590/S1983-14472013000300014
17. Brateibach V, Domenico ELB, Berlezi EM, Loro MM, Rosanelli CLSP, Gomes JS, et al. Sintomas de pacientes em tratamento oncológico. *Rev Ciênc Saúde*. 2013;6(2):102-9. doi: 10.15448/1983-652X.2013.2.12604
18. Roque VMN, Forones NM. Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. *Arq Gastroenterol*. 2006;43(2):94-101. doi: 10.1590/S0004-28032006000200007.
19. Costa AIS, Chaves MD. Pain in cancer patients under chemotherapy. *Rev Dor*. 2012;13(1):45-9. doi: 10.1590/S1806-00132012000100008
20. Parreiras FC, Wainstein AJ, Morete M, Géio LS. Prevalence of pain among melanoma patients. *Rev Dor*. 2016;17(1):39-42. doi: 10.5935/1806-0013.20160010
21. Brant JM, Eaton LH, Irwin MM. Cancer-related pain: assessment and management with putting evidence into practice interventions. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(Suppl 3):4-7. doi: 10.1188/17.CJON.S3.4-7
22. Rafihi-Ferreira RE, Soares MRZ. Insônia em pacientes com câncer de mama. *Estud Psicol*. 2012;29(4):597-607. doi: 10.1590/S0103-166X2012000400014
23. Rafihi-Ferreira RE, Pires MLN, Soares MRZ. Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres no pós-tratamento de câncer de mama. *Psicol Refl Crit*. 2012;25(3):506-13. doi: 10.1590/S0102-79722012000300010
24. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol*. 1984;2(3):187-93. doi: 10.1200/JCO.1984.2.3.187
25. Schaafsma J, Osaba D. The Karnofsky Performance Scale re-examined: a cross validation with EORTC-C30. *Qual Life Res*. 1994;3(6):413-24. doi: 10.1007/BF00435393
26. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2002 [cited 2017 Oct 20];48(2):191-211. Available from: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v02/pdf/condutas3.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/condutas3.pdf)
27. Bergerot CD, Laros JA, Araujo TCCF. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico USF*. 2014;19(2):187-97. doi: 10.1590/1413-82712014019002004
28. Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Hospital anxiety and depression scale: a study on the validation of the criteria and reliability on preoperative patients. *Rev Bras Anestesiol*. 2007;57(1):52-62. doi: 10.1590/S0034-70942007000100006
29. Paiva CE, Carneseca EC, Barroso EM, Camargos MG, Alfano AC, Rugno FC, et al. Further evaluation of the EORTC QLQ-C30 psychometric properties in a large Brazilian cancer patient cohort as a function of their educational status. *Support Care Cancer*. 2014;22(8):2151-60. doi: 10.1007/s00520-014-2206-3
30. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):350-6. doi: 10.1590/S0080-62342013000200012
31. Kawakami DM, Olah SL, Pivetta NRS, Silva RCR, Santos DCN, Napoleão LL, et al. Evaluation of anxiety and depression in oncology patients who undergo ambulatory chemotherapy. *Colloq Vitae*. 2014;6(3):35-41. doi: 10.5747/cv.2014.v06.n3.v109
32. Menezes CCS, Ferreira DBB, Faro FBA, Bomfim MS, Trindade LMDF. Colorectal cancer in the Brazilian population: mortality rate in the 2005-2015 period. *Rev Bras Promoç Saude*. 2016;29(2):172-9. doi: 10.5020/18061230.2016.p172
33. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Quality of life evaluation in cancer patients to submitted to chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3):578-84. doi: 10.1590/S0080-62342009000300012
34. Nicolussi AC, Sawada NO. Quality of life of patients with colorectal cancer who were receiving complementary therapy. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):155-61. doi: 10.1590/S0103-21002009000200007

35. Jean-Pierre P, Morrow GR, Roscoe JA, Heckler C, Mohile S, Janelins M, et al. A phase III randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of the effect of modafinil on cancer-related fatigue among 631 patients receiving chemotherapy: A University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program research base study. *Cancer*. 2010;116(14):3513-20. doi: 10.1002/cncr.25083
  36. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*. 2007;12(Suppl 1):4-10. doi: 10.1634/theoncologist.12-S1-4
  37. Santos J, Mota DDCF, Pimenta CAM. Comorbidities between fatigue and depression in patients with colorectal câncer. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):904-9. doi: 10.1590/S0080-62342009000400024
  38. Simão DAS, Aguiar ANA, Souza RS, Captein KM, Manzo BF, Teixeira AL, et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. *Enferm Foco*. 2017;8(2):82-6. doi: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.874.
  39. Cardoso G, Graca J, Klut C, Trancas B, Papoila A. Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychol Health Med*. 2016;21(5):562-70. doi: 10.1080/13548506.2015.1125006
  40. Barrett M, Chu A, Chen J, Lam KY, Portenoy R, Dhingra L, et al. Quality of life in community-dwelling chinese american patients with cancer pain. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(6):1442-8. doi: 10.1007/s10903-016-0392-4
  41. Silveira CF, Regino PA, Soares MBO, Mendes LC, Elias TC, Silva SR. Quality of life and radiation toxicity in patients with gynecological and breast cancer. *Esc Anna Nery* 2016;20(4):e20160089. doi: 10.5935/1414-8145.20160089
  42. Lôbo SA, Fernandes AFC, Almeida PC, Carvalho CML, Sawada NO. Quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(6):554-9. doi: 10.1590/1982-0194201400090
  43. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, Andrade V, Paula JM. Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Rev Rene*. 2014;15(1):132-40. doi: 10.15253/2175-6783.2014000100017
  44. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci [Internet]*. 2011 [cited 2017 Oct 20];11(2):266-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158510/>
  45. Capela C, Marques AP, Assumpção A, Sauer JF, Cavalcante AB, Chalot SD, et al. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioter Pesqui*. 2009;16(3):263-8. doi: 10.1590/S1809-29502009000300013
-