

Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e investigação de dor total

Quality of life, anxiety and depression in oncology patients and total pain investigation

Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer e investigación del dolor total

Maria Carolina Gomes de Araújo¹, Giovanna Martins Palotti¹, José Guilherme Nogueira de Carvalho¹, Juliana Gorgulho Campos Gontijo¹, Pedro Paulo Dias Feres da Silva¹, Tiago Barbato Tanuri¹, Flaviany Custódio Faria¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção da qualidade de vida e a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e investigar se há dor total nestes pacientes, considerando as quatro dimensões (físicas, emocionais, sociais e espirituais). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, observacional, com abordagem quantitativa. A população foi constituída de pacientes em tratamento oncológicos de um hospital e uma clínica referência em oncologia em uma cidade no interior de Minas Gerais no período de julho e agosto de 2023. Foram aplicados questionários que avaliaram os dados sociodemográficos, qualidade de vida, ansiedade e depressão. **Resultados:** A qualidade de vida manteve preservada em quantidade majoritária, diante boa assistência e acompanhamento da equipe multidisciplinar. Pacientes que apresentaram menor qualidade de vida, tiveram maior prevalência de ansiedade e depressão. Referente a dor total (comprometimento em todas as quatro dimensões (físicas, emocionais, sociais e espirituais), apenas 2,0% da população estudada apresentaram desempenho inferior ou igual a 50%, configurando quadro de dor total. **Conclusão:** A reflexão da equipe interdisciplinar acerca da conexão entre o conceito de Dor Total possibilitou o entendimento da complexidade e singularidade implicadas no cuidado ao paciente oncológico, resultando em melhores desfechos clínicos.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Ansiedade, Depressão, Oncologia, Dor total.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of quality of life and the prevalence of anxiety and depression in cancer patients and investigate whether there is total pain in these patients, considering the four dimensions (physical, emotional, social and spiritual). **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional, observational study, with a quantitative approach. The population consisted of patients undergoing oncology treatment at a hospital and a reference oncology clinic in a city in the interior of Minas Gerais between July and August 2023. Questionnaires were administered to assess sociodemographic data, quality of life, anxiety and depression. **Results:** The majority of quality of life remained preserved, thanks to good assistance and monitoring from the multidisciplinary team. Patients who had a lower quality of life had a higher prevalence of anxiety and depression. Regarding total pain (impairment in all four dimensions (physical, emotional, social and spiritual), only 2.0% of the studied population presented performance less than or equal to 50%, configuring a total pain situation. **Conclusion:** The team's reflection interdisciplinary approach about the connection between the concept of Total Pain made it possible to understand the complexity and uniqueness involved in the care of cancer patients, resulting in better clinical outcomes.

Keywords: Quality of life, Anxiety, Depression, Oncology, Total pain.

¹ Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena - MG.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción de la calidad de vida y la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer e investigar si existe dolor total en estos pacientes, considerando las cuatro dimensiones (física, emocional, social y espiritual). **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, transversal, observacional, con enfoque cuantitativo. La población estuvo compuesta por pacientes en tratamiento oncológico en un hospital y una clínica oncológica de referencia en una ciudad del interior de Minas Gerais entre julio y agosto de 2023. Se administraron cuestionarios para evaluar datos sociodemográficos, calidad de vida, ansiedad y depresión. **Resultados:** La mayor parte de la calidad de vida se mantuvo preservada, gracias a una buena asistencia y seguimiento por parte del equipo multidisciplinario. Los pacientes que tenían una menor calidad de vida tenían una mayor prevalencia de ansiedad y depresión. En cuanto al dolor total (deterioro en las cuatro dimensiones (física, emocional, social y espiritual), sólo el 2,0% de la población estudiada presentó un rendimiento menor o igual al 50%, configurando una situación de dolor total. **Conclusión:** la reflexión del equipo con enfoque interdisciplinario sobre la conexión entre el concepto de Dolor Total permitió comprender la complejidad y singularidad involucrada en la atención de los pacientes con cáncer, resultando en mejores resultados clínicos.

Palabras clave: Calidad de vida, Ansiedad, Depression, Oncología, Dolor total.

INTRODUÇÃO

A abrangência da Medicina permite sua abordagem por diferentes escopos. Mesmo com o incontestável avanço tecnológico, a promoção de diagnósticos precoces e o advento de tratamentos mais eficazes, ainda há muito a ser explorado. Apesar de extenso, o conhecimento médico não é capaz de solucionar todas as patologias. O câncer está entre as doenças mais estudadas pelos profissionais de saúde e mais temidas pelos pacientes, uma vez que parte de seus prognósticos envolvem a terminalidade da vida (DINIZ RW, et al., 2016). A compreensão de que em alguns momentos a cura não é possível, gera frustração e acarreta em assistência inadequada, medidas extremas e ora desnecessárias pelos integrantes da equipe multidisciplinar. A partir da aceitação dessa condição, com análise de conduta apropriada e compreensão da mortalidade humana, é possível oferecer maior bem-estar para o paciente considerando assim os cuidados paliativos (CARVALHO RT e PARSONS HA, 2012).

O auxílio de indivíduos nos quais o tratamento curativo não é mais eficiente, proporcionando qualidade de vida para o paciente e seus familiares, tange a definição de “cuidados paliativos” (MCCOUGHLAN, 2003). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) pode-se acrescentar a esse conceito quaisquer problemas ameaçadores da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990). Doravante, compreendendo a grande incidência nacional de neoplasias malignas, uma vez que a mesma está entre as quatro principais causas de óbito no Brasil torna-se imperativo o estudo extensivo de tal temática. Contudo, o âmago do presente estudo envolve o aprofundamento de aprendizado e manejo sobre pacientes oncológicos, e investigação se estes pacientes apresentam dor total, referente as dimensões física, psicológica, social e espiritual. Quando a dor é compreendida além da natureza fisiológica, ela pode ser definida como Dor total. O Termo Dor total foi criado por Cecely Saunders em 1967 na Inglaterra. De formação multiprofissional - enfermeira, médica e assistente social - dedicou sua vida aos doentes fora de possibilidade de cura. O conceito inclui fatores psicológicos, sociais e espirituais relacionados a essa sensação (CHAGAS MC, 2021; SANTOS FS, 2009).

A qualidade de vida (QV) é definida pela Organização mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Sendo assim, os indicadores de QV mudam para cada indivíduo e estarão de acordo com as percepções que eles têm de suas experiências (GRANER KM, COSTA JUNIOR AL, e ROLIM GS, 2010). Em pacientes com doenças crônicas, como o câncer, a qualidade de vida tem sido mensurada como forma de orientar a prática clínica profissional. Conviver com uma doença crônica impõe momentos difíceis a muitos pacientes, com dor, estresse, ansiedade, entre outros sintomas, apesar dos tratamentos oferecidos (PEDROSA et al., 2011). Compreender como esses sintomas afetam diferentes aspectos da vida de um paciente pode ajudá-lo a obter cuidados que levem em consideração suas reais necessidades. Estudos sobre a qualidade de vida de

pacientes com câncer têm demonstrado que ela é afetada por diversos fatores, como o tipo de câncer, o estágio da doença, a presença ou ausência de metástases, sintomas, tratamentos realizados, dentre outros. (CARVALHO VA, et al., 2008; CHAVES PL, e GORINI MIPC, 2011; ARRAIS TA, 2010; FRANCESCHINI J et al., 2013).

Segundo o CID-10, o transtorno depressivo é caracterizado por sintomas como humor deprimido, perda de interesse em atividades antes consideradas prazerosas e diminuição da energia (ANDRADE V, et al., 2013). A etiologia dessa condição clínica é multifatorial e pode estar relacionada a fatores biológicos, psicossociais e genéticos (CID-10 - Organização Mundial de Saúde, 1998). Os transtornos de ansiedade são descritos na CID-10 como sentimentos de tensão, preocupação e apreensão sobre eventos e problemas cotidianos e manifestam-se como sintomas físicos, mentais e nervosos (ANDRADE V, et al., 2013). O DSM-5 assume que neste transtorno, a preocupação excessiva está presente na maioria dos dias por pelo menos seis meses (CID-10 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Em pacientes com câncer, a depressão está principalmente associada à piora do quadro clínico e a baixa qualidade de vida. No entanto, o diagnóstico desta condição nem sempre é fácil e preciso, existindo várias hipóteses quanto à sua etiologia e consequências para os doentes. O tratamento mais indicado e eficaz é a farmacologia psico-relacionada (PEDROSA DFA, et al., 2011).

Com base nos dados acima citados, a dor total apresenta-se como um dos principais sintomas de pacientes com câncer e pode gerar consequências negativas na qualidade de vida (QV) e estar associada a transtornos psíquicos. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo avaliar a percepção da qualidade de vida e a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos, e investigar se estes pacientes apresentam dor total, considerando as quatro dimensões (físicas, emocionais, sociais e espirituais).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, observacional, com abordagem quantitativa. O período de coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2023, em um hospital referência em Oncologia e no Centro Oncológico-em uma cidade no interior de Minas Gerais, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Foram incluídos pacientes elegíveis no Hospital referência em oncologia e também no Centro Oncológico, que estão em tratamento oncológico, com idade igual ou superior a 18 anos; ser paciente desse Hospital ou do Centro Oncológico; apresentar condições cognitivas para compreender o teor dos questionários e; conhecer sua condição clínica e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o Parecer nº 5.831.830 e CAAE 66132922.0.0000.8307.

Não integraram o estudo pacientes que não quiseram responder os questionários ou dependiam de cuidadores; pacientes portadores de metástases em SNC (Sistema Nervoso Central); menores de 18 anos; pacientes que não assinaram o TCLE; pacientes com analfabetismo. No decorrer das diversas consultas bibliográficas, não foi encontrado um único questionário que fornecesse a totalidade das informações pretendidas. Sendo assim, foram utilizados quatro questionários. Foi utilizado um questionário socioeconômico, com objetivo de conhecer os aspectos socioeconômicos que caracterizam os participantes da pesquisa. O segundo questionário utilizado foi o EORTC-QLQ-C30, que é um instrumento desenvolvido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer, sendo o mais usado na Europa em oncologia, e muito utilizado nos restantes continentes, consistindo em 30 questões que permitiram avaliar a qualidade de vida, dos doentes, especificamente, com câncer. Este questionário foi validado no Brasil por SILVA LN, (2008) e demonstrou ser aplicável para a população avaliada. O Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT), consiste em um conjunto de questionários de qualidade de vida, de estrutura modular semelhante ao QLQ-C30, avaliando o bem-estar físico, o bem-estar social/familiar, o bem-estar emocional, o bem-estar geral, o bem-estar funcional, e o bem-estar espiritual (módulo SP-Ex e SP-12). O FACIT foi criado em 1987 e desenvolveu um questionário genérico chamado Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT- G). Este questionário foi validado no Brasil por Gazzoti MR (2010).

O Hospital Anxiety and Depression é um instrumento de auto-preenchimento com 14 questões, em que sete (questões ímpares) permitem avaliar a presença de um estado de ansiedade e as restantes 7 questões (questões pares) a presença de depressão. O *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) é um instrumento que foi desenvolvido em 1982 na Inglaterra por ZIGMOND AS, e SNAITH RP (1983) e validado no Brasil por Botega NJ, et al. (1995).

O número de entrevistados definido pelo projeto foi uma amostra de conveniência na qual todos os pacientes se encontravam em tratamento oncológico, aproximando de duzentos pacientes, cálculo amostral realizado pelo Estatístico. Os dados dos questionários foram transcritos em planilha digital e processados em software estatístico STATA v.9.2. Foram produzidas tabelas de frequência absoluta e relativa das variáveis de estudo. Foram calculadas medidas de tendência central, posição e dispersão das variáveis quantitativas. A existência de associação entre as variáveis de estudo foi medida por testes de Qui-quadrado, Fisher e Pearson. Foram consideradas significativas as diferenças encontradas com valor $P \leq 0,05$.

RESULTADOS

Foram entrevistados um total de 196 pacientes oncológicos que compareceram ao Departamento de Oncologia no Hospital referência e também no Centro Oncológico, que possuíam os requisitos exigidos para esta pesquisa. Em relação ao Perfil Sociodemográfico, a **Tabela 1** elucida os dados encontrados neste estudo. A faixa etária mais predominante identificada no estudo foi de 51 a 75 anos, representando 64,41% da amostra. O sexo mais comum foi o feminino, totalizando 55,10%. Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes eram casados, perfazendo 58,16%.

Em relação à renda mensal, a categoria mais frequente foi de até 2 salários-mínimos, abrangendo 67,93% dos indivíduos. Sobre a escolaridade dos pacientes, a maioria deles possuem ensino fundamental incompleto, correspondendo 31,12%. Logo na sequência, a escolaridade mais prevalente foi o ensino fundamental completo, com 25%. A ocupação mais comum identificada no estudo foi a de aposentados, com uma prevalência de 60,20%. Em seguida, a segunda maior porcentagem foi observada entre os afastados, totalizando 18,88%. Esses dados corroboram a associação entre o envelhecimento e o aumento da incidência de câncer, devido às alterações fisiológicas relacionadas à idade.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos pacientes.

Perfil sociodemográfico	N	(%)
Faixa etária		
20-50	26	15,95
51-75	105	64,41
76-93	32	19,63
Sexo		
Feminino	108	55.10
Masculino	88	44.90
Estado civil		
Solteiro	37	18.88
Casado	114	58.16
Divorciado	25	12.76
Viúvo	20	10.20
Renda mensal		
Não Remunerado	22	11.96
Até 2 salários	125	67.93
Acima de 2 a 5 salários	24	13.04
Acima de 5 salários	13	7.07
Escolaridade		
Sem instrução	18	9.18
Ensino Fundamental completo	49	25.00

Perfil sociodemográfico	N	(%)
Ensino Fundamental incompleto	61	31.12
Ensino Médio completo	33	16.84
Ensino médio Incompleto	6	3.06
Ensino Superior completo	23	11.73
Ensino Superior Incompleto	3	1.53
Pós graduação	3	1.53
Ocupação		
Afastado	37	18.88
Aposentado	118	60.20
Pensionista	6	3.06
Trabalhador assalariado	10	5.10
Autônomo	6	3.06
Desempregado	15	7.65
Outros	4	2.04
Total	196	

Fonte: Araujo MCG, et al., 2024.

O diagnóstico mais prevalente foi de Câncer de mama, correspondendo a 20,41%. Logo em seguida, encontrado maior prevalência nos casos de Câncer de intestino, e em terceiro lugar, um empate com a mesma prevalência de 8,16% em Câncer de estômago e Câncer de próstata. Sobre o tratamento realizado, 51,04% realizaram o tratamento quimioterápico, 16,15% realizaram quimioterapia mais radioterapia e 13,54% dos pacientes realizaram cirurgia mais quimioterapia.

Referente ao Estadiamento da doença, que é o processo para determinar a localização e a extensão do câncer presente no corpo de uma pessoa, 36,51% encontravam-se no estágio 3, e na sequência, o estágio 4, que é o mais elevado e significa que o câncer é mais avançado do que a fase imediatamente anterior. Vale ressaltar que na variável Estadiamento, não conseguimos a informação na íntegra, ou seja, na totalidade dos 196 pacientes analisados, evidenciando que há um déficit e lacuna nos preenchimentos de prontuários dos pacientes.

Tabela 2 – Diagnóstico, Tratamento realizado e Estadiamento da doença.

Variável	N=196	(%)
Diagnóstico		
Ca estomago	16	8,16
Adenocarcinoma tgi	1	0.51
Ca bexiga	4	2.04
Ca boca	2	1.02
Ca cabeça e pescoço	1	0.51
Ca cavidade nasal	1	0.51
Ca cerebral	1	0.51
Ca colon	4	2.04
Ca cúpula vaginal	1	0.51
Ca endométrio	1	0.51
Ca esôfago	8	4.08
Ca espinocelular	1	0.51
Ca fígado	2	1.02
Ca garganta	4	2.04
Ca intestino	28	14,29
Ca hematológico	1	0.51
Ca intestino e fígado	2	2,01
Ca intestino e próstata	1	0.51
Ca laringe	1	0.51
Ca laringe/pulmão	1	0.51
Ca linfonodo cervical	1	0.51

Variável	N=196	(%)
Ca língua e esôfago	1	0.51
Ca língua	1	0.51
Ca mama	40	20.41
Ca mama+ pulmão+ cérebro	1	0.51
Ca neuroendócrino	1	0.51
Ca ossos	2	1.02
Ca ovário	4	2,04
Ca pâncreas	2	1.02
Ca parótida	1	0.51
Ca peritônio	1	0.51
Ca próstata	16	8.16
Ca pulmão	9	4.59
Ca renal	2	1,02
Ca rim e testículo	1	0.51
Ca reto	4	2.04
Ca testículo	1	0.51
Ca Trato gastrointestinal	1	0.51
Ca útero	4	2.04
Ca vesícula biliar	3	1,53
Ca vesícula e fígado	1	0.51
Ca vulva	1	0.51
Ca útero	1	0.51
Leucemia	4	2.04
Linfoma	2	1.02
Linfoma hodgkin	1	0.51
Linfoma não hodgkin	2	1.02
Melanoma maligno de pele	2	1,02
Mieloma múltiplo	5	2.55
Tratamento realizado		
Anticoagulante	1	0.52
Cirurgia	13	6.77
Cirurgia + quimioterapia	26	13,54
Cirurgia + quimioterapia + radioterapia	5	2,6
Imunoterapia	3	1.56
Quimioterapia	98	51.04
Quimioterapia + radioterapia	31	16,15
Quimioterapia + hormonioterapia	1	0.52
Quimioterapia + imunoterapia	2	1.04
Quimioterapia + radioterapia+ imunoterapia	1	0.52
Radioterapia	5	2,6
Nenhum	6	3,12
Total	192	100
Estadiamento		
1	5	3.97
2	35	27.78
3	46	36.51
4	40	31.75
Total	126	100.00

Fonte: Araujo MCG, et al., 2024.

Referente ao questionário EORTC QLQ-C30, que avalia a qualidade de vida dos pacientes, os scores variam de 1 (não) e 4 (muito). A maior porcentagem de todos os itens avaliados no questionário demonstra que o diagnóstico de câncer e o tratamento realizado para a doença, não teve impacto significativo e limitante na vida destes pacientes. Mais da metade dos pacientes entrevistados relatam no final do questionário que classificam sua saúde e qualidade de vida em geral de forma satisfatória, sem grandes prejuízos e limitações.

Os resultados da avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer, conforme medidas pela escala FACT-G, revelaram uma média de 19,93 (dp = 6,53) para o domínio de bem-estar físico, com uma mediana de 21 e uma variação de pontuação entre 1,0 e 28,0. (**Tabela 3**). No domínio de bem-estar familiar, a média foi de 21,96 (dp = 5,86), com uma mediana de 24 e alcançou variando de 2,0 a 28,0.

Quanto ao bem-estar emocional, a média foi de 17,17 (dp = 5,5), com uma mediana de 19 e uma variação entre 0,0 e 24,0. No domínio de bem-estar funcional, a média foi de 17,59 (dp = 6,64), com uma mediana de 18 e uma variação de classificação entre 0,0 e 28,0. A pontuação total do FACT-G apresentou uma média de 73,86 (dp = 19,67), com uma mediana de 79 e uma variação de classificação de 0,0 a 108.

Esse resultado sugere uma qualidade de vida geral considerada razoavelmente boa pelos participantes. Esta classificação, estando acima da metade da pontuação máxima possível (108), indica que, em média, os participantes afirmaram uma qualidade de vida aceitável em relação aos domínios avaliados pelo questionário. O questionário é composto por domínios: bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional. As respostas são apresentadas em uma escala Likert de 5 pontos e quanto maior for a pontuação, maior é a qualidade de vida do paciente.

O cálculo do escore foi feito separadamente para cada domínio, e após o cálculo da fórmula de cada domínio, os resultados foram somados, obtendo-se assim, o escore final, que varia de 0-164. Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida do paciente. O bem-estar que apresentou maior escore foi o social/familiar, demonstrando que possuir uma rede de apoio durante o tratamento de câncer, faz toda diferença.

No que tange ao bem-estar físico, a grande porcentagem encontrada demonstra que não possuem fatores físicos incapacitantes ou limitantes. Relataram, em sua maioria, que não têm dores, não se sentem enjoados ou incomodados pelos efeitos secundários do tratamento. Esses dados comprovam que os pacientes estão sendo bem assistidos e recebendo um tratamento oncológico adequado.

Referente ao bem-estar social/familiar, a maioria dos pacientes relataram ter uma boa relação com os amigos, receberem apoio emocional da família e amigos. Relataram também que a família aceita a doença e sentem-se acolhidos por eles. Sobre a satisfação com a vida sexual, 27,17% relataram estar um pouco satisfeitas. Acredita-se que devido a maioria dos pacientes serem do sexo feminino e o diagnóstico mais prevalente ser câncer de mama, pode estar associado a efeitos colaterais do tratamento oncológico, além de questões envolvendo feminilidade, vaidade e autoestima.

Sobre o bem-estar emocional, 34,87% relataram estarem satisfeitos com a maneira com enfrenta a doença, demonstrando possuírem um enfrentamento positivo e satisfatório diante a doença. 51,79% dos pacientes entrevistados não estão nem um pouco preocupados com a ideia de morrer, nem que o estado de saúde venha a piorar. Quanto ao bem-estar funcional, 24,23% dos pacientes relataram serem capazes de trabalhar (inclusive em casa), e 48,97% dos pacientes entrevistados sentem prazer em viver. 35,90% gostam das coisas que normalmente fazem e faziam para se divertir; 38,66% aceitam a doença, e não apresentam negação, raiva e/ou barganha. 28,21% estão satisfeitos com a qualidade de vida que possuem.

Tabela 3 - FACT G +4 global.

Análise	Parâmetros		
	Média (dp)	Mediana	Min-Max
Bem-estar físico	19,93(6,53)	21	1,0-28,0
Bem-estar familiar	21,96(5,86)	24	2,0-28,0
Bem-estar emocional	17,17(5,5)	19	0,0-24,0
Bem-estar funcional	17,59(6,64)	18	0,0-28,0
FACT-G total	73,86 (19,67)	79	0,0 - 108

Fonte: Araujo MCG, et al.,2024.

A avaliação do bem-estar espiritual dos participantes foi realizada utilizando o questionário FACIT-12, que mede aspectos como significado, fé e paz. (**Tabela 4**). O escore total do questionário varia de 0 a 48, sendo

que neste estudo, a média geral foi de 38,55, com um desvio padrão de 8,51, indicando uma dispersão moderada dos resultados em torno da média. A mediana dos escores foi de 40, o que sugere uma percepção geralmente positiva do bem-estar espiritual entre os participantes. Ao analisar os diferentes domínios do questionário, observamos que a média para o domínio de significado foi de 12,71, com um desvio padrão de 3,31 e uma mediana de 13. No domínio de paz, a média foi de 11,79, com um desvio padrão de 3,57 e uma mediana de 12. Quanto ao domínio de fé, a média foi de 14,04, com um desvio padrão de 3,04 e uma mediana de 16. Esses resultados sugerem que os participantes relataram escores moderados a altos em todos os aspectos avaliados, incluindo a percepção de significado, fé e paz. Essa análise indica uma qualidade geral positiva do bem-estar espiritual entre os participantes do estudo.

A FACIT-12 foi utilizada para avaliar o bem-estar espiritual, para assim, conseguirmos investigar se estes pacientes apresentam dor total, considerando as quatro dimensões (físicas, emocionais, sociais e espirituais). O escore total de FACIT-12 varia de 0 a 48 e, neste estudo, o domínio significado foi de 12,71 (DP 3,31), com mediana de 13. No domínio paz, a média foi de 11,79 (DP 3,57). No domínio fé, a média foi de 14,04 (DP 3,04). A análise do bem-estar espiritual indicou escores moderados para a escala total e percepção de significado/paz.

Tabela 4 - FACIT SP-12.

FACIT-Sp-12	Média	Mediana	DP	Mín	Máx
Significado	12,71	13	3,31	1	16
Paz	11,79	12	3,57	0	16
Fé	14,04	16	3,04	0	16
Facit Sp Total	38,55	40	8,51	0	48

Legenda: DP- desvio padrão. **Fonte:** Araujo MCG, et al.,2024.

A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão se mostraram baixos, 52,04% para ansiedade e 52,31% para depressão. A análise da HADS indicou provável sintomas de ansiedade em 27,04% da população analisada, e 24,62% possíveis sintomas depressivos (**Tabela 5**).

Nos resultados evidenciados acima percebe-se mais de 50% dos pacientes entrevistados relatam não possuir ansiedade e depressão, ou, mesmo que os tenham, não foram significativos para serem mencionados e referidos, e não contribuíram para trazer malefícios ou prejuízos. A quantidade encontrada de pacientes que referiram provável ansiedade e depressão, apresenta porcentagem de 23-27%, demonstrando que em sua totalidade, os pacientes estão bem amparados e acompanhados no quesito saúde mental.

Tabela 5 – HADS.

Variável	N=196	%
Ansiedade		
00-07 - Improvável	102	52.04
08-11- Possível	41	20.92
12-21 - Provável	53	27.04
Total	196	100.00
Depressão		
00-07 - Improvável	103	52.31
08-11- Possível	48	24.62
12-21 - Provável	45	23.08
Total	196	100.00

Fonte: Araujo MCG, et al., 2024.

Quanto a investigação se há dor total ou não nos pacientes entrevistados, considerando as quatro dimensões (físicas, emocionais, sociais e espirituais), 123 pacientes, correspondendo a 62,8%, não apresentaram comprometimento em nenhuma dimensão, não apresentando dor total (**Tabela 6**). De 38 pacientes, 19,4%, apresentaram comprometimento em apenas uma dimensão; 19 pacientes, 9,7%, apresentaram comprometimento em duas dimensões; 12 pessoas, 6,1%, apresentaram comprometimento

em três dimensões, e com dor total, foram encontrados 4 pacientes, correspondendo a 2,0% da amostra analisada (IC: 95%, 0,56%-5,1%), apresentando desempenho inferior ou igual a 50%, configurando comprometimento nas quatro dimensões analisadas (física, social/familiar, emocional e espiritual).

Tabela 6 - Dor total.

Dor total – dimensões	Frequência	Percentual	Acumulado
4	4	2,04%	2,04%
3	12	6,12%	8,16%
2	19	9,69%	17,86%
1	38	19,39%	37,24%
0	123	62,76%	100,00%
Total	196	100,00%	-

Fonte: Araujo MCG, et al., 2024.

DISCUSSÃO

A dificuldade em identificar as diversas dimensões associadas à Dor Total, tanto por parte do paciente quanto dos profissionais de saúde, pode resultar na valorização exclusiva dos aspectos físicos, muitas vezes descritos apenas como desconforto físico. Além disso, as necessidades de conforto podem dificultar para o paciente distinguir exatamente qual componente está causando a dor, seja físico, psicossocial ou espiritual. Como resultado, a intervenção para proporcionar conforto pode não alcançar efetivamente o resultado esperado. No entanto, ao considerarmos o aspecto prioritário identificado pelo paciente, a interconexão entre esses componentes pode levar a um alívio, conforto, dignidade e, em muitas situações, à transcendência, resultando em uma melhoria em sua qualidade de vida (ZIGMOND AS, e SNAITH RP, 1983).

Compreendendo a dor experimentada pelos pacientes com câncer como uma expressão de um sintoma multifacetado, a avaliação para determinar o tratamento adequado da dor total pode ser incrivelmente desafiadora. Isso requer a colaboração de várias especialidades e o uso de ferramentas de avaliação que permitam uma análise abrangente da dor em todas as suas dimensões.

A abordagem da dor pelos profissionais de saúde frequentemente se restringe a uma visão estritamente biológica. No entanto, a Teoria da Dor Total nos convida a considerar a influência psicológica, social, física e espiritual na experiência da dor. Estes diversos domínios são fundamentais para uma avaliação e tratamento completos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Dentro desse contexto, Cicely Saunders introduziu o conceito de "dor total", que visa abordar o paciente de maneira holística, reconhecendo que além da dor física, existem aspectos sensoriais que podem impactar diretamente a percepção e o manejo da dor. Ao implementar ações de conforto com base nas necessidades percebidas e comunicadas pelo paciente, ele se sente fortalecido e incentivado a tomar suas próprias decisões e a identificar quais intervenções podem aumentar sua sensação de conforto. Isso pode ajudá-lo a enfrentar situações de crise, dificuldades e até tratamentos que, embora muitas vezes não sejam desejados, são necessários (BOTEGA NJ, 1995).

Cicely Saunders observou que os pacientes tendem a solicitar menos analgesia quando se sentem ouvidos e compreendidos, destacando a importância de um cuidado centrado na escuta e na compreensão da experiência do sofrimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Ao atendermos às suas necessidades, permitimos que o paciente direcione sua atenção para outras áreas da vida, como os relacionamentos pessoais e as questões existenciais. A humanização, o conforto e a compaixão oferecidos pelo profissional de saúde desempenham um papel fundamental na prestação de assistência oncológica. É crucial que esses profissionais estejam capacitados para identificar as necessidades e prioridades de cada paciente. O controle dos sintomas assume grande importância para permitir que o indivíduo possa realizar atividades que ajudem a minimizar o sofrimento causado pela doença, uma vez que a dor é um sintoma prevalente no paciente oncológico e pode afetar sua qualidade de vida, influenciando aspectos físicos, sociais e emocionais. Segundo a perspectiva de Merleau-Ponty, o homem deve buscar estabelecer uma relação inabalável com o mundo, pois o corpo e o aspecto subjetivo estão intrinsecamente ligados, tornando sua realidade natural e humana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Nas doenças crônicas com alta taxa de mortalidade o foco é a qualidade de vida. Assim, após o diagnóstico da doença todos os cuidados devem ser prestados, assegurando o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da pessoa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Sendo assim, os resultados encontrados neste estudo demonstram um apoio adequado em todas as dimensões. Os dados encontrados neste presente estudo demonstram que embora os pacientes receberam o diagnóstico em um estadiamento (TNM) mais tardio e avançado (3 e 4), estão muito bem assistidos e cuidados, na qual os sintomas relatados estão controlados. As descobertas destacam a importância de como fatores extrínsecos e intrínsecos afetam pacientes oncológicos, reconhecendo não apenas os aspectos físicos da doença, mas também os aspectos psicológicos e emocionais. A compreensão da relação entre qualidade de vida, ansiedade, depressão e dor total pode orientar intervenções mais eficazes para melhorar o bem-estar global desses pacientes.

Nas atividades profissionais, podemos oferecer condições favoráveis ao bem-estar dos pacientes fora da possibilidade de cura, bem como proporcionar conforto, cuidados básicos e fisiopatológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Para compreender a dor do paciente oncológico é preciso conhecer a história de vida daquela pessoa, sendo necessário que a equipe interdisciplinar vá além de mensurar a dor em uma escala, mas entender suas implicações na verdade de quem a vivência. Cuidar da dor do câncer não é apenas um processo de cura, é também um exercício respeitoso e humano (MURRAY SA, et al., 2017). É impreterível compreender a dimensão e a percepção da dor oncológica de quem a experimenta, assim como os fatores influenciadores.

Este cenário de dificuldade na identificação dos sentimentos específicos das experiências de cada paciente prejudica a abordagem dessa sintomatologia. O manejo da dor total deve ser feito de forma holística, considerando a influência dos aspectos psíquicos, sociais e espirituais e o impacto na expressão desse sentimento para o paciente. Desta forma, uma boa relação profissional-paciente-família, comunicação e apoio espiritual, além do tratamento medicamentoso, tornam-se fundamentais para o paciente (COELHO R, et al., 2016). O objetivo do trabalho não foi avaliar a religião e preferência religiosa dos pacientes, e sim, seu grau de espiritualidade, na qual pode ser entendida como o conjunto de crenças que traz vitalidade e significado aos eventos da vida. É a propensão humana para o interesse pelos outros e por si mesmo. Ela atende à necessidade de encontrar razão e preenchimento na vida, assim como a necessidade de esperança e vontade para viver.

Os resultados encontrados evidenciam que pacientes que praticam espiritualidade referem ter se fortalecido e creem que o câncer proporcionou uma oportunidade de crescimento. Isso, na consequência, levou a uma melhor qualidade de vida do que aqueles que se sentem ressentidos e com sequelas do diagnóstico e tratamento. Uma limitação deste estudo foi a amostra restrita, composta principalmente por pacientes de dois centros médicos. Isso pode limitar a generalização dos resultados para outras populações de pacientes oncológicos. Além disso, a natureza transversal do estudo impede a inferência de causalidade entre as variáveis estudadas.

Embora tenhamos encontrado associações significativas entre qualidade de vida, ansiedade, depressão e dor total, alguns resultados inesperados podem ser atribuídos à complexidade da experiência de doença em pacientes oncológicos. Outros fatores, como situação social e financeira também podem ser aprofundados e investigados em estudos posteriores, para análise detalhada se quem possui maior poder econômico possui melhor enfrentamento contra a doença e seus aspectos envolvidos. Sugere-se que futuras pesquisas explorem mais a fundo os fatores que contribuem para a qualidade de vida, depressão e dor total em pacientes oncológicos, incluindo a influência de variáveis psicossociais, como suporte social, autoeficácia e coping. Além disso, estudos longitudinais podem ajudar a elucidar as trajetórias dessas variáveis ao longo do tempo e identificar pontos de intervenção para melhorar o bem-estar dos pacientes.

CONCLUSÃO

A reflexão sobre a interligação do conceito de Dor Total levou a uma compreensão mais profunda da complexidade e singularidade envolvidas no cuidado aos pacientes oncológicos. A análise dos pacientes oncológicos para avaliar a presença da dor total revelou que, em sua maioria, esses pacientes estão

recebendo um tratamento adequado, caracterizado por um cuidado humanizado e empático, onde são acolhidos e apoiados em todas as dimensões consideradas (física, social, emocional e espiritual). Ficou claro que a existência de uma rede de apoio ao paciente desempenha um papel fundamental nesse contexto, fazendo toda a diferença. Neste contexto, reforça-se a necessidade de propagar e divulgar a importância de amparar os pacientes em todos os âmbitos, compreendendo suas necessidades, buscando aliviar suas dores físicas e emocionais, ampliando saberes para favorecer uma assistência de qualidade e promover melhor qualidade de vida para os pacientes oncológicos que padecem com dor total. Por fim, esta pesquisa não pretende esgotar-se em si mesma, mas vem suscitar que novos e constantes estudos possam ser realizados na área, considerando o constante avanço do conhecimento científico, de forma mais peculiar, a dor do câncer como dor total.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. ANDRADE V, et al. Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2013; 47(2): 350-356.
3. ARRAIS TA. Qualidade de Vida de mulheres usuárias do SUS com câncer de colo de útero, atendidas no hospital de Palmas-TO. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
4. BOTEGA NJ. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) made by 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc. Psychiatry Psychiat. Epidemiol*, 1995; 30: 127-31.
5. BRASIL. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2012. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf?hidemenu=true>. Acessado em 16 de janeiro de 2024.
6. CARVALHO V, et al. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus Editorial, 2008.
7. CASTRO M, et al. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2021; 42: 20200311.
8. CHAVES PL e GORINI MIPC. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2011; 32(4): 767-73.
9. CLARK D. Cicely Saunders: A Life and Legacy. Oxford: Oxford University Press, 2018.
10. COELHO A, et al. Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC*, 2016; 15: 71.
11. CID-10 – Critérios diagnósticos para pesquisa/Organização Mundial de Saúde; trad.: Maria Lúcia Domingos; - Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
12. DINIZ R, et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2006; 52(5): 298-303.
13. FRANCESCHINI J, et al. Relationship between the magnitude of symptoms and the quality of life: a cluster analysis of lung cancer patients in Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2013; 39(1): 23-31.
14. Gazzotti AMVJN, et al. Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain questionnaire: translation and linguistic adaptation to Brazilian Portuguese. *Sao Paulo Med J [Internet]*. 2011; 129(4): 230–5.
15. GRANER K, et al. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*, 2010; 18(2): 345-355.
16. KOLCABA K. Comfort Theory and Practice: a Vision for Holistic Health Care and Research. 1st ed. New York: Springer Publishing Company, 2003.
17. MCCOUGHLAN MA, necessidade de cuidados paliativos. *Mundo Saúde*, 2003; 27(1): 6-14.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Comissão Intergestores Tripartite. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União*, 2018; 41.

20. MURRAY SA, et al. Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*, 2017; 356: 878.
21. NURAINI T, et al. Spirituality-focused palliative care to improve Indonesian breast cancer patient comfort. *Indian J Palliat Care*, 2018; 24(2): 196-201.
22. PEDROSA D, et al. Avaliação da qualidade de vida em clientes com dor crônica isquêmica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2011; 19(1): 1-6.
23. SANTOS FS. *Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
24. SIMÕES JC. *Câncer - Estadiamento e Tratamento: AJCC/TNM*. 2nd ed. São Paulo: Lemar& Goi, 2008.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. *Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: World Health Organization, 1990.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Geneva: World Health Organization, 1997.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION (CH). *Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes*. Geneva: WHO, 2007.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION (CH). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd ed. Geneva: WHO, 2002.
29. ZIGMUNDO AS e SNAITH RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983; 67(6): 361-370.