

DOI: 10.46943/X.CIEH.2023.01.007

DOR E SINTOMAS DE DEPRESSÃO DE PESSOAS IDOSAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Cleane Rosa Ribeiro da Silva¹
Ana Luísa Fernandes Vieira Melo²
Maria Cristina Lins Oliveira³
Kátia Neyla de Freitas Macedo⁴

RESUMO

O câncer caracteriza-se como uma doença crônica de alta prevalência no mundo. Dentre os sinais e sintomas frequentes nessa patologia, destaca-se a dor, que se associa a manifestações físicas, cognitivas, culturais e psicológicas. A dor pode interferir negativamente na vida diária da pessoa com câncer e elevar as chances do surgimento de sintomas de depressão, o que interfere diretamente sobre a qualidade de vida do paciente. Deste modo, o presente estudo tem como objetivo avaliar a dor e a presença de sintomas de depressão de pessoas idosas em tratamento oncológico. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado entre os meses de outubro a dezembro de 2019, em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Participaram 139 pessoas idosas com diagnóstico médico de câncer

- 1 Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGEnf/UFPB, cleane_rosas@hotmail.com;
- 2 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, luisa.vieira.fm@gmail.com;
- 3 Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGEnf/UFPB, cristinalins@hotmail.com;
- 4 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC, katianeyla@yahoo.com.br;

e que estavam em tratamento oncológico. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, o questionário de Dor de McGill e o Inventário de Beck para Depressão – IBD, os dados foram analisados por meio de análise descritiva e inferencial. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS da UFPB. Observou-se uma maior frequência de mulheres, com 60 anos a 69 anos, casadas, com escolaridade de um a quatro anos de estudo e procedentes do interior da Paraíba. Na avaliação da dor, observou-se que 68,0% dos pacientes apresentaram queixas de quadro álgico, com maior frequência de dor moderada. Evidenciou-se que 36,7% dos participantes referiram presença de sintomas de depressão. Na correlação da sintomatologia depressiva com a dor, observou-se correlação positiva com significância estatística ($p \leq 0,05$). O aumento da dor está correlacionado ao aumento dos sintomas de depressão, ressaltasse a importância de considerar os resultados deste estudo em benefício desta população, utilizando-os como norte para o planejamento de intervenções biopsicossociais.

Palavras-chave: Câncer, Dor, Depressão, Idoso, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O câncer se trata de uma doença crônica não transmissível, que se constitui como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, dada a sua complexidade e magnitude. Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde, a doença foi a segunda principal causa de morte no mundo em 2018, sendo responsável por 9,6 milhões de óbitos. A nível nacional, o cenário não é diferente. Estudos apontam que nos próximos dois anos sejam diagnosticados 704 mil novos casos de câncer no Brasil, com destaque para as regiões sul e sudeste (SANTOS *et al*, 2023; OPAS, 2020).

As taxas de incidência apresentam um padrão intermediário de 169,6 casos a cada 100 mil habitantes, para a estimativa mundial de 104,3 e 335,3 por 100 mil habitantes. Apesar do perfil epidemiológico assemelhar-se ao dos países desenvolvidos, com elevado índice de desenvolvimento humano (IDH), não é possível descartar a relevância da doença e sua caracterização como um problema de saúde pública que é de fato (SANTOS *et al*, 2023).

A cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia estão entre os tratamentos oncológicos mais comuns, que embora tenham aumentado a expectativa de vida dos pacientes com câncer, produzem efeitos colaterais que geram um impacto negativo na saúde física, psicológica e social dos pacientes, quando realizadas tanto em conjunto quanto individualmente, a depender da susceptibilidade do tumor e à melhor sequência de administração para aquele caso (SUNG *et al*, 2021; BRASIL, 2019).

O tratamento do câncer está associado a diversos efeitos colaterais, como fadiga, distúrbios do sono, distúrbios do apetite, impaciência, limitação de atividade e dor. Em pacientes com este diagnóstico, a dor é um dos sintomas mais comuns, durante a quimioterapia e após a sobrevivência (LANGFORD *et al*, 2016; AREFIAN *et al*, 2023). Com a progressão da doença e duração do tratamento, a dor pode se tornar mais intensa e causar desconfortos físicos, emocionais, mentais e funcionais (COSTA *et al*, 2017 ; INVERNIZZI *et al*, 2022).

Pesquisas anteriores focaram principalmente na dor em sobreviventes de câncer, porque a dor é considerada um dos efeitos colaterais do tratamento do câncer. No entanto, as teorias e os antecedentes de pesquisas recentes sobre dor mostraram bem que a experiência da dor é o resultado de um conjunto de fatores biopsicossociais (LI *et al.*, 2017 ; MICHAELIDES; ZIS, 2019). Nesse sentido, é necessário obter um entendimento preciso sobre os componentes psicológicos relacionados à dor em pacientes com câncer (AREFIAN *et al.*, 2023)

Entre estes componentes psicológicos, os sintomas de depressão recebem destaque por, muitas vezes, serem subestimados na prática clínica. Estes sintomas consistem em um humor deprimido, prazer diminuído nas atividades, sentimentos de inutilidade, pensamentos recorrentes, culpa inapropriada ou excessiva, insônia, perda de peso, diminuição do apetite, retardo psicomotor e fadiga. Diante dos sintomas físicos ou complicações inerentes ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, como a dor, atividade física prejudicada, interação social deficiente e a baixa adesão ao tratamento, os sintomas de depressão podem promover um impacto negativo ainda sobre estes pacientes (PITANUPONG *et al.*, 2023).

Alguns estudos que avaliaram a qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de câncer em períodos pós-tratamento, observou que a maioria demonstra diminuição dos sintomas após o término da quimioterapia, com exceção das escalas para depressão, fadiga e interferência da dor nas atividades diárias, cujos escores podem aumentar ao término da quimioterapia em comparação com a linha de base (BINOTTO; SCHWARTSMANN, 2020). Frente a estas acepções, torna-se imprescindível conhecer a associação entre estas duas sintomatologias com o intuito de compreender o paciente e suas respectivas queixas, e aprimorar o serviço ofertado, principalmente na assistência de saúde prestado pelos profissionais da enfermagem. Deve-se observar também como as implicações da vulnerabilidade emocional interferem na vida do paciente e seus familiares, haja vista que a assistência de enfermagem visa todo o constructo biopsicossocial do indivíduo.

Desta forma, este estudo tem como objetivo avaliar a dor e sintomas de depressão em pacientes em tratamento oncológico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado entre os meses de outubro a dezembro de 2019, em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A população deste estudo foi composta por pessoas idosas diagnosticadas que realizavam tratamento oncológico na instituição.

A amostra foi definida por conveniência, compreendendo 139 participantes. Foram definidos como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, possuir diagnóstico médico de câncer e estar em tratamento oncológico por um período mínimo de um mês. Foram excluídos os pacientes que possuíam déficits graves de comunicação, complicações clínicas no momento da coleta de dados que impeçam a sua realização ou que não apresentem condição cognitiva para responder as perguntas, sendo avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), considerando neste estudo a nota de corte proposta por Brucki et al. (2003), ou seja, 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos (BRUCKI *et al.*, 2003).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, realizadas na sala de espera para atendimento, utilizando um instrumento semiestruturado para obtenção de dados referentes ao perfil sociodemográfico e características do tratamento oncológico. Para avaliação da dor, utilizou-se o Questionário de Dor de McGill (McGill Pain Questionnaire – MPQ) que é dividida em partes, sendo no presente estudo utilizada a versão BR-MPQ, que avalia a dor em dimensões, assim fornecendo o Índice de Classificação da Dor (ICD), calculado a partir dos valores atribuídos às palavras (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

Essa escala caracteriza-se como multidimensional, pois avalia a dor em três dimensões: sensorial, afetiva e avaliativa. Na sensorial, a dor é descrita em termos temporais, espaciais, de pressão, etc. Na afetiva é possível descrever em termos de tensão, medo, temor, recuo e propriedades

autônomicas. A avaliativa permite uma avaliação global da dor (MENDES *et al.*, 2016). Durante o processo de adaptação do instrumento, verificou-se que as pessoas sentiam falta de algumas palavras que descrevessem exatamente a sua dor, sendo acrescentado um 4º grupo, denominado miscelânea. Em suma, os subgrupos de 1 a 10 representam respostas sensitivas à experiência dolorosa, os descritores dos subgrupos de 11 a 15 são respostas de dimensão afetiva, o subgrupo 16 é avaliativo e os de 17 a 20 são referentes miscelânea (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996). Cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores qualitativamente similares, porém diferem em termos de magnitude. Assim, para cada descritor há um número que indica sua intensidade. O índice da dor é obtido por meio do somatório dos valores de intensidade dos descritores escolhidos (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

Para avaliar os sintomas de depressão foi utilizado o Inventário de Beck para Depressão – IBD, composto por 21 itens que fazem referência a sintomas depressivos: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção de imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (KOCH *et al.*, 2017). Os itens variam de 0 a 3, podendo apresentar escore máximo de 63 pontos, e em termos de classificação os escores de 0-9 indicam ausência de depressão; 10-18, depressão leve; de 19- 29, moderada; e de 30-63, grave (SCHUSTER *et al.*, 2015).

Os dados coletados foram digitados e armazenados no programa *Microsoft Office Excel* e, posteriormente, importados para o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0, sendo analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Para o teste de normalidade foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Na correlação entre as variáveis numéricas utilizou-se o teste de Spearman, por se tratarem de variáveis não paramétricas. O nível de significância utilizado em todo o estudo foi de 0,05.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob CAAE N° 88994918.1.0000.5188 e aprovação N° 2.782.097. Para a execução desta pesquisa, foram seguidas todas as recomendações preconizadas pela Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Salienta-se que todos os participantes foram orientados acerca da pesquisa e concordaram participar voluntariamente, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os participantes, foi observada uma maior frequência do sexo feminino (59,7%), com 60 anos a 69 anos (64,0%), casados (46,7%), com escolaridade de um a quatro anos de estudo (51,6%), que possuíam renda familiar de um a três salários mínimos (68,4%) e de procedência do interior da Paraíba (73,5%).

Em relação aos dados clínicos dos participantes, identificou-se que a maioria referiu não possuir nenhum tipo de comorbidade (64,0%), contudo dentre as comorbidades autorreferidas, destacou-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (72,6%). Observou-se uma maior frequência de participantes sem história pessoal (87,0%), porém com histórico familiar (65,5%) de câncer. Os fatores de riscos externos mais frequentes foram a inatividade física (87,0%) e o tabagismo (66,2%). Sobre os dados referentes ao câncer, destacou-se uma maior frequência de câncer de mama (46,8%), realizando quimioterapia (46,7%) e com tempo de tratamento entre um a seis meses (68,3%).

Constatou-se que o predomínio do sexo feminino na população do estudo reflete, conforme a literatura, a situação socioeconômica no Brasil, uma vez que países em desenvolvimento têm o predomínio do câncer na população feminina devido aos altos índices de detecção das neoplasias específicas a esse gênero, como câncer de colo uterino e o de mama. Já em países desenvolvidos, a ocorrência de câncer tende a incidir de forma similar devido aos programas de prevenção em massa melhor estabelecidos (BASTOS *et al.*, 2018).

Essa exposição prolongada e o aumento da expectativa de vida coloca os idosos como o grupo mais prevalente entre os acometidos pelo câncer. De acordo com o INCA de todos os óbitos por câncer em 2013, 68% correspondia à faixa etária acima de 60 anos (BRASIL, 2019).

Na amostra, observou-se que a maioria possuía cônjuge. A descoberta de uma doença como o câncer não afeta apenas o doente, acaba por afetar todo seu contexto familiar, devido a imposição de mudanças, o que acaba exigindo reorganização no cotidiano familiar para incorporar os cuidados que a doença e o tratamento do paciente exigem, de modo que é necessário estender o olhar para a família como parte do cuidado, haja vista que são eles o suporte direto dos pacientes (SILVA *et al*, 2020)

Conforme já apresentado, o câncer é um dos problemas mais complexos da saúde pública atual. Percebe-se uma mudança no perfil epidemiológico da doença, o crescente aumento de novos casos pode estar ligado à maior exposição a agentes cancerígenos devido aos hábitos de vida das pessoas e do processo de industrialização e ao prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional que estão relacionados aos avanços da medicina (BRASIL, 2019), haja vista que a maioria da amostra não realiza atividade física e é adepta da prática do tabagismo.

O tabagismo pode causar câncer de pulmão, quando associado ao álcool pode levar ao câncer de boca, orofaringe e laringe; a inatividade física e tudo que cerca o sedentarismo e as comorbidades associadas podem causar diversos tipos de câncer incluindo intestino, ovário, endométrio, entre outros (BRASIL, 2019). Para tais hábitos, mudança no estilo de vida é a melhor forma de prevenção dos mais diversos tipos de câncer.

Na avaliação da dor, observou-se que 68,0% dos pacientes apresentaram queixas de quadro algico, com maior frequência de dor moderada (50,3) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da intensidade da dor de pessoas idosas em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil, 2019.

Intensidade da dor	n	%
Sem dor	44	32,0
Fraca	18	13,3
Moderada	70	50,3
Forte	5	3,0
Violenta	1	0,7
Insuportável	1	0,7
Total	139	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Outro estudo realizado no setor ambulatorial de um hospital universitário na Tailândia em 2022, observou que a maioria dos participantes que realizaram tratamento na clínica de radioterapia relataram sintomas de dor (52,2%, onde 38,9% a caracterizavam como dor leve e 13,3% como moderada a grave. Mais da metade dos participantes (68,1%) apresentou sintomas físicos, e metade deles apresentou insônia (50,4%) (PITANUPONG *et al.*, 2023).

A dor pode produzir sofrimento psicológico e psiquiátrico, que pode ser uma importante fonte de sofrimento para pacientes com câncer e seus familiares. Também está associado a incapacidade, atividade física prejudicada e interação social deficiente. No estudo anteriormente citado, observou-se também que a população tailandesa, em geral no sul da Tailândia, preferia os cuidados de fim de vida para serem livres de sintomas angustiantes ou desconfortáveis, como dor. Portanto, para estimular a boa qualidade de vida e a felicidade dos pacientes com câncer, os profissionais de saúde devem conhecer e manejar adequadamente os sintomas de sofrimento, inclusive a dor (PITANUPONG *et al.*, 2023).

Na oncologia, a sensação dolorosa é relatada constantemente pelos pacientes, e esse sintoma pode estar relacionado a diversos fatores, ter múltiplos níveis de intensidade e tempo de aparecimento. Além disso, pode ser associada à disseminação invasiva de células cancerosas no corpo ou em decorrência do tratamento antineoplásico, como

quimioterapia, radioterapia, e afecções relacionadas à extensão do tumor. (NASCIMENTO; SANTOS; ALVES, 2020).

A dor oncológica é descrita como imprecisa e assustadora, como algo que fere, causa uma sensação insuportável, e vem acompanhada de dificuldade para dormir, realizar atividades básicas, sofrimento, isolamento e desesperança. Quanto maior o nível de dor, mais ela acompanha sintomas de impacto negativo sobre o indivíduo, de modo que o plano terapêutico de uma pessoa com dor envolve dinamismo e trabalho multiprofissional, visto que perpassa por questões relacionadas tanto com o cuidador quanto de quem está recebendo o cuidado, com uma atenção para os aspectos culturais, afetivos, emocionais, educacionais, psicológicos, ambientais, religiosos e cognitivos. (NASCIMENTO; SANTOS; ALVES, 2020).

Na Tabela 2 observa-se a distribuição das palavras mais utilizadas pelos participantes para caracterizar a dor, de acordo com as dimensões sensorial-discriminativo, afetivo- motivacional, avaliativo-cognitivo e miscelânea. Evidenciou-se maior frequência na palavra cansativa (49,7%) da dimensão afetivo-motivacional.

Tabela 2 – Distribuição da caracterização da dor de pessoas idosas em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil, 2019.

Dimensões	n	%
Sensorial-discriminativo		
Latejante	12	8,6
Pontada	8	5,7
Afetivo-motivacional		
Cansativa	69	49,7
Enjoada	10	7,2
Avaliativo-cognitivo		
Chata	18	13,0
Que incomoda	11	8,0
Miscelânea		
Aborrecida	9	6,4
Penetra	2	1,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A experiência dolorosa do indivíduo não pode ser mensurada somente na perspectiva da anatomia e da fisiologia são insuficientes para explicar as variações culturais, sociais, pessoais e, até mesmo contextuais, que afetam um indivíduo por ocasião de uma experiência dolorosa. Isso ocorre porque a atitude em relação à dor não é algo meramente mecânico ou fisiológico, mas é também mediada pela cultura, pelas variações pessoais e pelo significado subjetivo atribuído à sua presença (GOMES; LIMA; SANTOS, 2021)

O uso deste, por englobar e considerar inúmeros domínios, permitiu uma análise mais ampla e mensuração da dor, que é complexa, referida pelo paciente. A predominância do domínio afetivo deixa clara a relação feita do indivíduo, entre a dor sentida e a tensão, medo, temor, recuo diante das implicações biopsicossociais geradas pelo câncer. A dor é inquestionavelmente uma sensação em uma parte ou partes do corpo, mas também sempre uma experiência desagradável e que, portanto, associa-se a uma experiência emocional. O componente afetivo da dor é diretamente influenciado pela intensidade da sensação da dor (MENDES *et al.*, 2016).

Pode-se inferir que a dor cansativa também como uma dor crônica impeditiva, que interfere nas atividades de vida diária do paciente e suas relações pessoais. Esta é compreendida como sendo uma persistente experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano. A dor é, portanto, o que o indivíduo diz sentir e padecer. Em termos clínicos, a International Association for the Study of Pain (IASP) define a dor crônica como uma dor persistente ou recorrente duradoura por mais de três meses, podendo ser causada pelo próprio câncer e/ou por seu tratamento (GOMES; LIMA; SANTOS, 2021).

A experiência da dor cansativa também pode estar associada à fadiga, um dos principais sintomas que ocorre durante e após o tratamento oncológico e geralmente definida como um estágio estressante de exaustão de maior intensidade e duração. Esses sintomas podem ter implicações nas decisões terapêuticas, bem como na descontinuação ou adoção de um novo plano de tratamento para o paciente, por afetar

negativamente domínios físico, cognitivo, emocional e social, e por sua vez, interferir diretamente nas atividades básicas de vida. Assim, um aumento no nível de fadiga ao longo do período de tratamento antineoplásico pode reduzir a sobrevida do paciente (SOUZA *et al.*, 2021), de modo que torna-se necessário para os profissionais estarem atentos a essas manifestações.

Foi identificado que 36,7% dos participantes referiram presença de sintomas depressivos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da classificação da sintomatologia depressiva de pessoas idosas em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil, 2019.

Depressão	n	%
Sem sintomas de depressão	88	63,3
Com sintomas de depressão	51	36,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em uma revisão da literatura que avaliou a qualidade de vida em períodos que compreendiam o pós-tratamento, a maioria demonstrou que os sintomas diminuem após o término da quimioterapia, exceto para algumas escalas, como a depressão, a fadiga e a interferência da dor nas atividades diárias, cujos escores podem aumentar ao término da quimioterapia em comparação com a linha de base (BINOTTO; SCHWARTSMANN, 2020).

Além disso, em um outro estudo dentro da revisão, que avaliou escores de depressão e ansiedade em 80 participantes, observou que os níveis desses escores pioram também durante a quimioterapia, sendo associados com baixos níveis de qualidade de vida. Assim, pode-se inferir que a baixa pontuação na função emocional/cognitiva pode estar associada aos efeitos do tratamento, mas também pode evoluir em função do sofrimento emocional prolongado (BINOTTO; SCHWARTSMANN, 2020).

Os sintomas de depressão são considerados as complicações psíquicas mais comuns em pacientes crônicos e em cuidados paliativos, visto que a vulnerabilidade causada influencia diretamente no sucesso do tratamento, e a considerar o estresse causado pelos procedimentos

terapêuticos e seus efeitos colaterais que interferem diretamente na percepção e avaliação da doença, na adesão ao tratamento e na qualidade de vida da maioria dos pacientes (BARROS; ARAUJO; LIMA, 2018).

Outro estudo trouxe relatos que concluíram que sintomas como de dor, estresse e depressão interferiram no desempenho das atividades de vida diária dos pacientes, bem como no sucesso do tratamento. Da mesma forma, as citocinas, que regulam a resposta imunológica, presentes em diversas regiões cerebrais podem desencadear alterações na atividade neural ao longo do tempo devido à transmissão dos sinais de citocinas circundantes ao sistema nervoso central, induzindo sintomas como dor, fadiga, depressão e outras alterações comportamentais (SOUZA *et al.*, 2021).

Na Tailândia, foram explorados os fatores que poderiam estar associados a presença de sintomas de depressão, e encontrou-se a história de internação, percepção de saúde, presença de sintomas físicos e dor. Os participantes que não tinham histórico de hospitalização apresentaram uma taxa mais alta de depressão leve do que aqueles no grupo com histórico de hospitalização. O histórico de hospitalização pode permitir que os pacientes com câncer experimentem uma adaptação ou lidem com o estresse da internação e ameaça a vida mais do que outros. Depois de sobreviver a uma crise de vida, eles podem perceber o restante de sua vida como sinônimo de ganhos ou recompensas de vida. Além disso, durante a hospitalização, tratamentos necessários ou intervenções psicológicas podem ser providenciados e recebidos com otimismo pelos participantes (PITANUPONG *et al.*, 2023).

Todos esses podem ser os principais fatores psicossociais e espirituais que promovem a felicidade, a satisfação com a vida, previnem sentimentos de tristeza e fazem com que o paciente com câncer se perceba como uma pessoa com identidade, valores e ligado às pessoas da sociedade. Porque um estudo anterior identificou que a satisfação com a vida era um dos fatores mais vigorosos relacionados à depressão, e mediava a capacidade de consciência prognóstica da depressão. Além disso, a baixa satisfação com a vida aumentou o risco de depressão com uma proporção ímpar de 3,01 (PITANUPONG *et al.*, 2023).

Na correlação do escore da sintomatologia depressiva com a dor e as suas dimensões, observou-se correlação positiva com significância estatística ($p \leq 0,05$), evidenciando que o aumento da dor está correlacionado ao aumento dos sintomas de depressão (Tabela 4).

Tabela 4. Correlação entre sintomas de depressão e a dor de pessoas idosas em tratamento oncológico. João Pessoa-PB, Brasil, 2019.

Dor	Sintomas de depressão	
	r	Valor p
Sensorial-discriminativo	0,866	0,000
Afetivo-motivacional	0,523	0,000
Avaliativo-cognitivo	0,693	0,030
Miscelânea	0,468	0,011
Dor total	0,403	0,043

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Como anteriormente dito, a dor promove um impacto negativo sobre a qualidade de vida do indivíduo, que tende a ficar restrita diante das situações. Compreende-se o fato da associação entre a experiência dolorosa e com a presença dos sintomas depressivos, que envolve outras complicações como a fadiga, distúrbios do sono, atividade física prejudicada, interação social deficiente, capacidade reduzida de tomada de decisão e baixa adesão ao tratamento. Além disso, a dor não tratada promove consequências negativas e à associação com o aumento de outras complicações, resultando em períodos cada vez mais longos de hospitalizações e aumento de despesas com saúde (PITANUPONG *et al.*, 2023)

Intervenções psicológicas foram sugeridas para, associadas ao tratamento de alívio da dor, melhorar os sintomas dos pacientes com câncer. Estudos demonstraram que as intervenções presenciais com o apoio do terapeuta foram mais eficazes que outros tipos de intervenções digitais, promovendo a redução da dor de forma mais eficaz (ZHANG *et al.*, 2023).

Podemos associar essa abordagem juntamente com o profissional de enfermagem, que por trabalhar no atendimento direto ao paciente e manter uma continuidade em seu plano terapêutico, é capaz de

reconhecer as necessidades subjetivas daquele paciente e dessa forma, consegue adaptar esse plano de cuidados de modo que melhor se adeque ao paciente. As diretrizes baseadas em evidências sobre o manejo da depressão no tratamento do câncer recomendam apoio e cuidados para prevenir a depressão; detecção precoce e avaliação da gravidade da depressão; e manejo adequado e eficaz usando medicação antidepressiva, além das intervenções psicológicas (PITANUPONG *et al.*, 2023).

Quanto a dor, aproveitando as experiências relatadas na prática, formular estratégias para reduzir e aliviar a dor, não somente com a adesão de uma terapêutica farmacológica, mas também através de alternativas não medicamentosas, como reduzir ou eliminar os fatores que aumentem esta experiência sintomatológica, encorajar o paciente a monitorar a própria dor, notificar a equipe multidimensional se as medidas foram eficazes ou se há necessidade de alteração, bem como priorizar o repouso quando necessário e encorajar o apoio da família como suporte a este paciente (GOMES; LIMA; SANTOS, 2021)

É necessário, por sua vez, adaptar a estruturação de uma linha de cuidados especializada, em níveis primário e terciário, curativa e paliativa, fundamentada na identificação precoce, tratamento e reabilitação da dor crônica. O cuidado humanizado na sobrevivência ao câncer deve ser centrado na escuta ativa e qualificado dessas narrativas de dor. Cuidar e tratar essas sobreviventes requer não somente considerações estritamente biológicas ou apenas psíquicas, mas também as questões emocionais, familiares, socioculturais e econômicas também devem ser consideradas de forma integrada. (GOMES; LIMA; SANTOS, 2021)

A enfermidade transforma a maneira de viver, principalmente quando se trata de uma doença ameaçadora à vida, como o câncer. Pode atingir um público diverso e configurar-se um desafio para os profissionais de saúde, que por sua vez, devem continuar seus esforços para detectar, reduzir e aliviar a dor e os sintomas de depressão de seus pacientes com câncer (PITANUPONG *et al.*, 2023)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou uma correlação positiva, de significância estatística, entre a sintomatologia depressiva e a dor, de modo quanto maior a dor, maior a presença de sintomas de depressão. A maioria da amostra não apresentou a sintomatologia depressiva durante o estudo, porém não se descarta a necessidade de rastreamento e atenção a possibilidade desse diagnóstico.

As informações consolidadas com essa pesquisa demonstram o quão necessário é para o profissional da enfermagem, que trabalha com o paciente oncológico, estar ciente da dimensão da dor total experimentada pelo indivíduo. Estar atento aos relatos de mínimo desconforto dados pelo paciente, norteia o profissional para planejar o cuidado de modo que seja eficaz para cada quadro, envolvendo terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor e para a sintomatologia depressiva.

É importante ainda, estender o cuidado a uma equipe multiprofissional que pode fornecer todo o aparato para que o cuidado seja completo, observando todas as dimensões do indivíduo (fisiológicas, emocionais, psicológicas, sociais e afetivas) e prestando o serviço de forma holística.

A extensa lista de descritores para a mensuração da dor foi a maior limitação para aplicação do instrumento. A escassez na literatura de artigos relacionando dor e depressão faz com que a realização de outras pesquisas nessa área é de fundamental importância para melhor conhecimento do manejo da dor em pacientes oncológicos, dada a complexidade desse indicador, que alcança os mais variados aspectos do indivíduo no processo saúde-doença, e que influencia diretamente do convívio familiar e no autoconhecimento do paciente, já vulnerável desde o momento do diagnóstico e do enfrentamento da patologia.

REFERÊNCIAS

AREFIAN, M. et al. Proposing and evaluating a model of depression, stress, resilience and spirituality in relation to pain in women with breast cancer: Investigating the mediating role of mindfulness. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 62. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102268>

BARROS, P.M.R; ARAUJO, E.C; LIMA, L.S. Depressão e qualidade de vida em pacientes no pré e póstransplante renal. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.12, n.1, p.203-215, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231407/25990>

BASTOS, B.R; PEREIRA, A.K.S; CASTRO, C.C et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.9, n. 2, p. 31-36, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000200004>

BINOTTO, M.; SCHWARTSMANN, G. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer de Mama: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n.1. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.405>

BRASIL, Ministério da Saúde. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; org. Mario Jorge Sobreira da Silva. – 5. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: Inca, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-3-edicao.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional da Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução nº 2, de 11 de setembro de 2001. **Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica**. Diário Oficial da União, Brasília, 14 de setembro de 2001. Seção IE, p. 39-40. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>

BRUCKI, Sonia M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>. Acesso em:

COSTA, W. A. et al. Pain and quality of life in breast cancer patients. **Clinics**, v.72, p. 758- 763. 2017. DOI: 10.6061/clinics/2017(12)07

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.**, v. 12. n. 3, p. 189-198. 1975. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266>.

GOMES, P; LIMA, F.L.T; SANTOS, A.T.C. Significados da Dor Crônica na Sobrevivência ao Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n.1. 2021; DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n1.1143>

INVERNIZZI, M. et al. Quality of Life interventions in breast cancer survivors: state of the art in targeted rehabilitation strategies. **Anti Cancer Agents Med. Chem.**, v. 22, p. 801–810. 2022. Disponível em: 10.2174/1871520621666210609095602

LANGFORD, D.J. et al. Comparison of subgroups of breast cancer patients on pain and co- occurring symptoms following chemotherapy. **Support Care Cancer**, v. 24, p. 605–614. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2819-1>

LI, X. et al. Two-step complex behavior between Bowman–Birk protease inhibitor and ι - carrageenan: Effect of protein concentration, ionic strength and temperature. *Food Hydrocolloids*, v. 62, p.1-9. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.foodhyd.2016.07.029>

MICHAELIDES, A.; ZIZ, P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges, **Postgraduate Medicine**, v.131, n.7, p. 438-444, Disponível em: 10.1080/00325481.2019.1663705

MENDES, P.M. et al. Aplicação da Escala de McGill para Avaliação da Dor em Pacientes Oncológicos. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n.11, p.4051-4057, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11489>

NASCIMENTO, N. S.; SANTOS, A.T.N.; ALVES, P.G.J.M. Métodos e Técnicas Não Farmacológicas no Tratamento da Dor Oncológica: Revisão Sistemática da Literatura. **Rev. Bras. Cancerol**, v. 68, n.4. 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2667>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Câncer** (Folha informativa). 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>

PIMENTA, C. A de M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30. n. 3, p. 473-83, 1996. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Vcc6wpJhs5cJdZ7rKjdKdsr/?format=pdf&lang=pt>.

PITANUPONG, J. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among patients with cancer receiving radiotherapy in southern Thailand: a university hospital-based cross-sectional study. **BMC Palliative Care**, v. 22, n. 25. 2023 Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01145-0>

SANTOS, M. O. et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 69, n.1. 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700> / <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>

SCHUSTER, J. T., et al. Esperança e depressão em pacientes oncológicos em um hospital do sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**. v. 59, n. 2, p. 84-9, 2015.

SILVA, G.S. et al. O apoio familiar no tratamento do paciente oncológico: uma revisão narrativa. **Revista da Saúde da AJES**, v. 6, n. 12, p. 46 – 58, Jul/Dez.

2020. ISSN 2358-7202. Disponível em: <https://www.revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/view/371>

SOUZA, A. C. L. et al. Prevalência de fadiga em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia Tratamento Quimioterápico. **Revisão Sistemática Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3. 2021. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1202>

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J. Clin.** v.71, p. 209–249. DOI: 10.3322/caac.21660

ZHANG, T. et al. Effects of digital psychological interventions on physical symptoms in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. **General Hospital Psychiatry**, v. 84, p. 47–59. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.05.016>