

Avaliação da Qualidade de Vida e Prevalência de Sintomas Depressivos em Pacientes Oncológicos Submetidos à Radioterapia

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.775>

Assessment of Quality of Life and Prevalence of Depressive Symptoms in Oncologic Patients submitted to Radiotherapy
Evaluación de la Calidad de Vida y Prevalencia de Síntomas Depresivos en Radioterapia en Pacientes Oncológicos

Antonio Augusto Claudio Pereira¹; Nayara de Paula Passarin²; Jordana Henriques Coimbra³; Gabriela Grasso Pacheco⁴; Marcel Pereira Rangel⁵

Resumo

Introdução: A qualidade de vida de pacientes oncológicos tem sido objeto de estudo em muitos trabalhos brasileiros. Contudo, apesar da alta prevalência de indivíduos submetidos à radioterapia, poucos estudos com ênfase nesse grupo de pacientes foram identificados. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a prevalência de sintomas depressivos em pacientes com neoplasias malignas durante o tratamento radioterápico. **Método:** Estudo transversal quantitativo realizado com 153 pacientes oncológicos em vigência de tratamento radioterápico em um centro especializado em oncologia e radioterapia, localizado no Noroeste do Estado do Paraná. Os dados foram coletados entre março e setembro de 2018. O *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e o Inventário de Depressão de Beck foram utilizados para avaliar a qualidade de vida e os sintomas depressivos, respectivamente. **Resultados:** Os domínios “qualidade de vida”, “função cognitiva” e “função social” foram os que menos se mostraram prejudicados na amostra estudada, enquanto “insônia”, “perda de apetite” e “dificuldades financeiras” destacaram-se entre os maiores preditores de baixa qualidade de vida. Ademais, constatou-se que 22% dos indivíduos avaliados apresentaram algum grau de transtorno de humor, sendo 11% diagnosticados com depressão. **Conclusão:** O declínio na qualidade de vida e a prevalência de sintomas depressivos em pacientes oncológicos, mesmo os em vigência de radioterapia, enaltecem a importância de intervenções precoces que visem a restabelecer a funcionalidade e o bem-estar. **Palavras-chave:** Neoplasias/radioterapia; Neoplasias/psicologia; Depressão; Qualidade de Vida; Assistência à Saúde.

Abstract

Introduction: The quality of life of cancer patients has been studied in many Brazilian papers. However, despite the high prevalence of individuals undergoing radiotherapy, few studies with emphasis in this group of patients have been identified. **Objective:** To evaluate the quality of life and the prevalence of depressive symptoms in patients with malignant neoplasms undergoing radiotherapy treatment. **Method:** Quantitative cross-sectional study with 153 cancer patients undergoing radiotherapy treatment at an oncology and radiotherapy specialized center, located in the northwest of Paraná state. Data were collected between March and September 2018. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) and the Beck Inventory were used to assess quality of life and depressive symptoms, respectively. **Results:** The domains “quality of life”, “cognitive function” and “social function” were the least affected in the studied sample, while “insomnia”, “loss of appetite” and “financial difficulties” stood out among the higher predictors of poor quality of life. In addition, it was found that 22% of the individuals evaluated had some degree of mood disorder, 11% being diagnosed with depression. **Conclusion:** The decline in quality of life and the prevalence of depressive symptoms in cancer patients, even those undergoing radiotherapy, emphasize the importance of early interventions aimed at restoring functionality and well-being. **Key words:** Neoplasms/radiotherapy; Neoplasms/psychology; Depression; Quality of Life; Delivery of Health Care.

Resumen

Introducción: La calidad de vida de los pacientes con cáncer se ha estudiado en muchos estudios brasileños. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia de individuos sometidos a radioterapia, se han identificado pocos estudios con énfasis en este grupo de pacientes. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida y la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con neoplasias malignas sometidas a radioterapia. **Método:** Estudio transversal cuantitativo realizado con 153 pacientes con cáncer sometidos a tratamiento de radioterapia en un centro especializado en oncología y radioterapia, ubicado en el Noroeste del Estado de Paraná. Los datos se recopilaron entre marzo y septiembre de 2018. El *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) y el *Inventario Beck* se utilizaron para evaluar la calidad de vida y los síntomas depresivos, respectivamente. **Resultados:** Los dominios “calidad de vida”, “función cognitiva” y “función social” fueron los menos afectados en la muestra estudiada, mientras que el “insomnio”, la “pérdida de apetito” y las “dificultades financieras” se destacaron entre los dominios predictores más altos de mala calidad de vida. Además, se encontró que el 22% de los individuos evaluados tenían algún grado de trastorno del estado de ánimo, y el 11% fue diagnosticado con depresión. **Conclusión:** La disminución de la calidad de vida y la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con cáncer, incluso en aquellos que reciben radioterapia, enfatizan la importancia de las intervenciones tempranas destinadas a restaurar la funcionalidad y el bienestar. **Palabras clave:** Neoplasias/radioterapia; Neoplasias/psicología; Depresión; Calidad de Vida; Prestación de Atención de Salud.

¹ Centro Universitário de Maringá (UniCesumar). Maringá (PR), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9808-8052>

² UniCesumar. Maringá (PR), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0082-438X>

³ UniCesumar. Maringá (PR), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-5568-9317>

⁴ UniCesumar. Maringá (PR), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-8564-3432>

⁵ Universidade Estadual de Maringá (UEM). UniCesumar. Maringá (PR), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9322-8538>

Endereço para correspondência: Nayara de Paula Passarin. Av. Londrina, 934 – Zona 8. Maringá (PR), Brasil. CEP 87050-390. E-mail: antonio-augusto_@hotmail.com



INTRODUÇÃO

Neoplasias malignas são caracterizadas pelo crescimento celular desordenado, rápido e invasivo de tecidos e órgãos, e constituem a segunda principal causa de morte em todo o mundo, sendo responsáveis por cerca de 9,6 milhões de óbitos em 2018, atrás apenas das doenças cardiovasculares¹. Entre os tumores mais incidentes sobre homens brasileiros, estão os cânceres de próstata, vias respiratórias inferiores, pulmão, cólon e reto. Já entre as mulheres, o câncer de mama ocupa a posição de maior destaque, ultrapassando os tumores do trato gastrointestinal e do colo uterino. Cerca de 420 mil casos novos de câncer foram estimados para o país no biênio 2018-2019, excetuando-se as neoplasias de pele não melanoma².

Por ser multicausal e não distinguir entre sexo ou idade, o câncer pode se manifestar a qualquer momento, de forma insidiosa ou abrupta, com distintas apresentações^{2,3}. É notável o avanço nas pesquisas envolvendo desde a biologia tumoral até aspectos preventivos, diagnósticos e terapêuticos, implicando em melhor prognóstico de muitos tumores^{4,5}. Entre as abordagens terapêuticas, a radioterapia é uma modalidade crescente e pode ser empregada isoladamente ou em conjunto com a quimioterapia, com finalidade adjuvante, neoadjuvante ou mesmo paliativa. Cerca de metade dos pacientes oncológicos necessita desse tipo de terapia no Brasil. É um recurso de alta demanda, e custo elevado, uma vez que os equipamentos, sua manutenção e profissionais qualificados são onerosos⁶.

No momento de escolher qual terapia utilizar, modalidade e conformação, deve-se levar em conta o estado geral do paciente, o tamanho e localização da tumoração, assim como a aplicabilidade e habilidade no manejo da técnica escolhida. Desse modo, a radioterapia pode ser subdividida em duas técnicas: a teleterapia na qual a radiação é aplicada externamente ao paciente por meio de raios-gama, raios-x e feixes de elétrons; e a braquiterapia na qual a irradiação é introduzida internamente ao tumor ou em suas proximidades⁷. A radioterapia é indolor, e o paciente não detém visibilidade da aplicação dos raios. Entretanto, muitos são os possíveis efeitos adversos, mediatos ou tardios⁸.

A qualidade de vida de pacientes oncológicos tem sido objeto de estudo em muitos trabalhos brasileiros, principalmente quando em vigência de quimioterapia. Entretanto, poucos estudos com ênfase sobre o paciente em tratamento radioterápico foram identificados^{9,10}. Ante os desafios enfrentados pelo paciente e familiares, do processo diagnóstico ao terapêutico¹¹⁻¹⁴, e em razão do impacto significativo da doença sobre a economia, com mortes prematuras e incapacidades¹⁵⁻¹⁷, identificar fatores

para o declínio do bem-estar dos pacientes pode contribuir para o direcionamento de intervenções.

O estresse psicológico e as manifestações mentais podem surgir mesmo antes do diagnóstico, enquanto o paciente é submetido a uma série de exames investigativos, e costumam estender-se durante toda a execução do planejamento terapêutico – que pode ser curto, ou levar muitos anos^{18,19}. Além do impacto da própria patologia, com todos os seus estigmas, mudanças na aparência, vida social, atividades diárias básicas, como alimentação, higienização, podem ocorrer, contribuindo negativamente para o *status* psicológico do paciente²⁰. As mudanças comportamentais, tendência a isolamento ou reclusão social, podem inclusive desencadear quadros severos de transtornos ansiosos e/ou depressivos, transitórios ou persistentes, e muitas vezes desapercibidos pelo olhar profissional ou familiar^{14,21}.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida e a prevalência de sintomas depressivos em pacientes com neoplasias malignas durante o tratamento radioterápico.

MÉTODO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), CAAE: 81966617.4.0000.5539, sob o n.º de parecer 2.197.264, em consonância com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O período de coleta ocorreu entre os meses de março e setembro de 2018, sendo os pacientes entrevistados pelos pesquisadores durante a espera para sessão de radioterapia, mediante leitura e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. A participação foi voluntária, e os participantes receberam todas as informações referentes aos objetivos do estudo e aos aspectos éticos, tendo sido garantido o anonimato. As informações clínicas dos pacientes foram extraídas dos respectivos prontuários.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Foram convidados a participar todos os pacientes em tratamento radioterápico no Serviço do Centro de Oncologia e Radioterapia Sant'Ana, localizado na cidade de Maringá - PR, durante o período de coleta. A amostra foi constituída seguindo os critérios de elegibilidade: idade igual ou superior a 18 anos; e diagnóstico confirmado de neoplasia maligna, sendo, assim, foram incluídos 153 indivíduos. Não houve exclusão de questionários.

O primeiro instrumento é o Inventário de Depressão de Beck, o qual consiste em 21 itens com uma escala de quatro níveis, de 0 a 3 pontos, em que zero implica

ausência de sintomas e três, presença de sintomas graves. Nele, são avaliados: 1) humor deprimido; 2) pessimismo; 3) sensação de fracasso; 4) perda de satisfação; 5) sentimento de culpa; 6) sensação de punição; 7) autorrancor (ódio, aversão); 8) autoacusação; 9) ideação suicida; 10) choro; 11) irritabilidade; 12) isolamento social; 13) indecisão; 14) imagem corporal alterada; 15) inibição para o trabalho; 16) anormalidade do sono; 17) fadigamento; 18) perda de apetite; 19) perda de peso; 20) preocupações somáticas; e 21) perda de libido. A escala é graduada com afirmações de 0 a 3, onde zero é ausência do sintoma e três, a presença máxima do sintoma. O escore mínimo é zero e o máximo, 63. Após a aplicação, obteve-se um escore total que é a soma dos 21 itens, considerando as seguintes categorias: (1) ausência de depressão – pontuação de 0 a 15; (2) disforia – pontuação de 16 a 20; (3) depressão – pontuação de 21 a 63. É válido mencionar que esse questionário fora interpretado por um profissional devidamente habilitado.

O segundo instrumento utilizado é o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30). Trata-se de um questionário multidimensional constituído por 30 questões que pretendem avaliar o domínio físico, psicológico, o nível de independência, o aspeto social e o ambiente circundante (recursos financeiros e vivência no lar) e que se encontram divididas em três escalas e 15 subescalas: 1) o estado global de saúde e qualidade de vida; 2) a escala funcional composta pelo funcionamento físico, limitações funcionais como, por exemplo, conseguir realizar normalmente tarefas diárias, funcionamento emocional, funcionamento cognitivo e funcionamento

social; 3) a escala sintomática composta pelas subescalas fadiga, náuseas e vômitos, dor, falta de ar, insónia, falta de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras. Esse instrumento, elaborado pelo grupo EORTC, fora aplicado em sua versão em português, a qual se encontra traduzida e validada, disponível no sítio de Internet dessa organização. As questões 1 a 28 possuem escala com quatro níveis, enquanto os itens 29 e 30, sete níveis. Esse instrumento permite o cálculo de escores; para tal, estima-se um escore bruto inicial, dado pela média aritmética simples dos respectivos itens de um domínio.

A princípio, foi realizada uma análise descritiva dos resultados para a obtenção de gráficos e tabelas de frequência, com o intuito de caracterizar os indivíduos. Para descrição dos resultados, serão utilizadas a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas. Para avaliar as relações entre as variáveis de natureza quantitativa medidas nos participantes do estudo, foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*), versão 3.5.

RESULTADOS

A amostra foi composta 153 indivíduos de ambos os sexos com idade variável (23-98), sendo 40% dos participantes com idade superior a 60 anos.

A Figura 1 mostra a concentração dos tipos de câncer, em que a moda é o câncer de mama (45,75%), seguido pelos tipos ginecológicos (11,11%) e de cabeça e pescoço (10,46%). Além disso, 6,54% das observações não apresentam resposta.

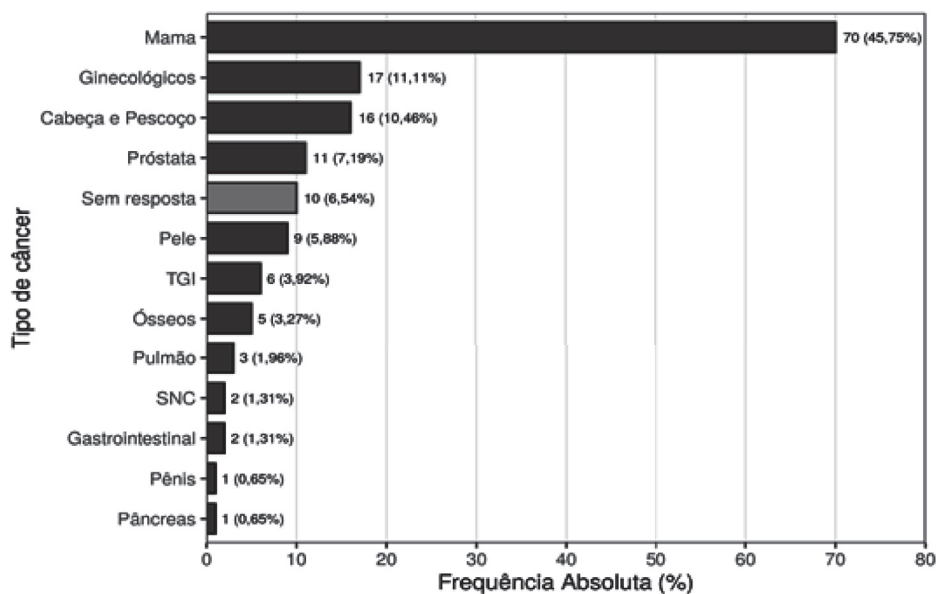


Figura 1. Gráfico de barras da frequência absoluta dos tipos de câncer

Em relação às modalidades de tratamento empregadas, verificou-se que a maioria dos pacientes do serviço, 52% (80), foi submetida à radioterapia adjuvante, seguido por 20% (31) na modalidade curativa. As demais modalidades, como neoadjuvante e paliativa, representaram menos de 10% da amostra. Quanto à técnica utilizada, observou-se que a técnica bidimensional 2D é empregada em 55% (84) da amostra, seguida pela técnica tridimensional conformacional 3D-CTR com 24% (36). As demais técnicas, radioterapia de intensidade modulada (IMRT) e braquiterapia, representaram menos de 5% dos participantes. Ainda, 28 prontuários não continham tais informações no campo padrão, provavelmente por estarem em fase de discussão e planejamento terapêutico.

Após a análise univariada, avaliou-se a distribuição dos tipos de câncer em cada modalidade de tratamento, desconsiderando os 28 pacientes que não tiveram resposta em pelo menos uma das variáveis dessa modalidade de tratamento, totalizando 125 pacientes (Tabela 1).

Observa-se que quase metade dos pacientes (46,67%) com o câncer de cabeça e pescoço foi submetida à modalidade curativa, enquanto nenhum, à neoadjuvante. Em termos dos tumores ginecológicos, duas modalidades são predominantes, adjuvante (47,06%) e curativa (41,18%).

Ao se avaliar o tipo de câncer de mama, nota-se que quase todos (92,98%) pertencem à modalidade adjuvante, e nenhum à modalidade curativa. A maioria (62,50%) dos pacientes com neoplasias de pele estava em adjuvância. Para o câncer próstata, a maior parte (81,82%) dos pacientes foi submetida à modalidade curativa.

Considerando os dados obtidos por meio do instrumento EORTC QLC-C30, expressos na Figura 2, no qual foi avaliada a distribuição dos escores em função dos domínios, nota-se que os domínios funcionais e de qualidade de vida apresentam alta concentração na maior categoria de escore (maior que 90), com destaque para as funções cognitiva e social, em que 50%

Tabela 1. Frequência relativa (absoluta) das modalidades, por tipo de câncer

Modalidade	Cabeça e Pescoço	Ginecológicos	Mama	Pele	Próstata	Outro
Adjuvante	33,33% (5)	47,06% (8)	92,98% (53)	62,50% (5)	9,09% (1)	47,06% (8)
Curativa	46,67% (7)	41,18% (7)	-	37,50% (3)	81,82% (9)	29,41% (5)
Neoadjuvante	-	5,88% (1)	3,51% (2)	-	-	5,88% (1)
Paliativa	20,00% (3)	5,88% (1)	3,51% (2)	-	9,09% (1)	17,65% (3)
Total	100% (15)	100% (17)	100% (57)	100% (8)	100% (11)	100% (17)

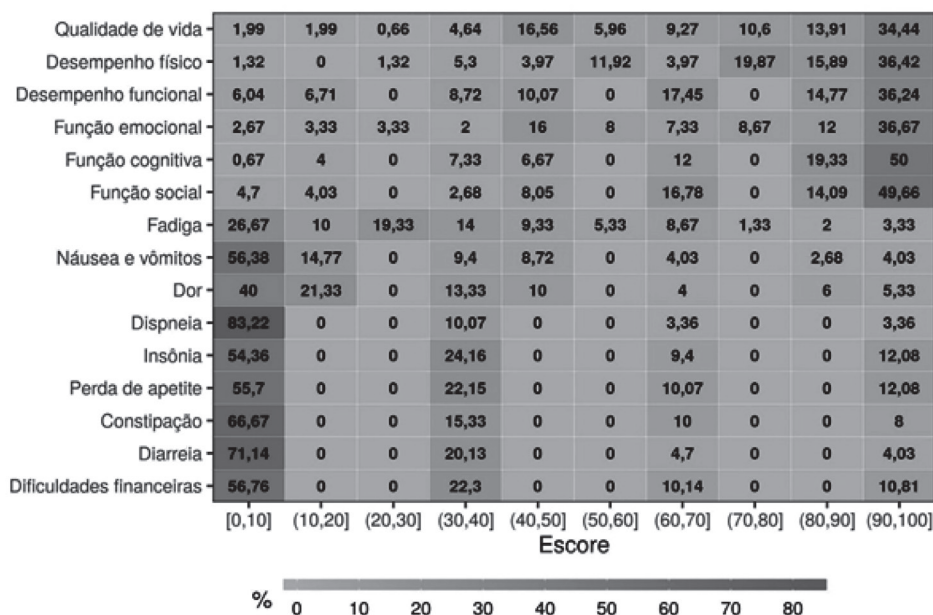


Figura 2. Mapa de calor do percentual de respostas entre escore calculado e dos domínios do instrumento EORTC

e 49,66% dos respondentes estão na maior categoria, respectivamente. Os demais domínios apresentam justamente uma maior concentração na menor categoria do escore, sendo que a insônia, a perda de apetite e as dificuldades financeiras possuem mais de 10% de respostas com escore superior a 90.

Os resultados do Inventário de Depressão de Beck estão expostos na Figura 3 com 21 itens ordenados por aqueles com maior gravidade. A perda de libido apresenta quase 40% de respostas graves (bastante ou muito), seguida por perda de peso e inibição para o trabalho. Já em termos dos itens cuja gravidade menor (não ou pouco) representa a grande maioria das respostas, destaca-se ideação suicida e autorrancor que apresentam somente 1% das respostas com níveis graves.

Posteriormente, faz-se a análise das categorias provenientes da pontuação total do instrumento. Nota-se que a maioria dos respondentes, 78% (119), foi categorizada com a ausência de depressão, enquanto 11% (17) com disforia e o restante 11% (17) com depressão.

Por fim, avalia-se como se dá a relação entre os instrumentos, utilizando a correlação entre a pontuação final do Inventário de Depressão de Beck com o escore de cada domínio do instrumento EORTC. Observa-se que as correlações com os domínios funcionais e de qualidade de vida são negativas; isto é, quanto maior o escore do Inventário de Depressão de Beck, menor o seu escore, sendo que função emocional apresenta a correlação linear negativa mais forte. O contrário acontece para os domínios relativos a sintomas, nos quais a correlação

linear é positiva; ou seja, quanto maior a pontuação final do Inventário de Depressão de Beck, maior o escore para esses domínios.

DISCUSSÃO

Existe uma marcante e multifatorial associação entre o risco de neoplasias malignas e o envelhecimento, na qual, para a maior parte dos cânceres conhecidos, suas incidências e taxas de mortalidade aumentam com o avançar da idade²². Os dados encontrados no presente estudo, todavia, contrapõem tal afirmação, na medida em que houve predominância da faixa etária inferior a 60 anos na amostra avaliada, o que chama a atenção para o alto índice de neoplasias malignas em indivíduos jovens nessa população.

A diminuição da qualidade de vida entre pacientes oncológicos pode estar vinculada a diversas condições, como mudanças físicas e emocionais, dor, dependência de terceiros, perda da autoestima, e ao estigma culturalmente atrelado a essa morbidade²³. A prevalência de transtorno depressivo no âmbito de pacientes oncológicos é maior do que aquela encontrada na população geral e essas proporções variam expressivamente entre os estudos em razão da escolha de amostras específicas e do uso de métodos de avaliação distintos²⁴.

Por meio do instrumento EORTC QLQ-C30, constatou-se elevado escore calculado para o item “qualidade de vida” e para os domínios funcionais, com resalto para “função cognitiva” e “função social”, em

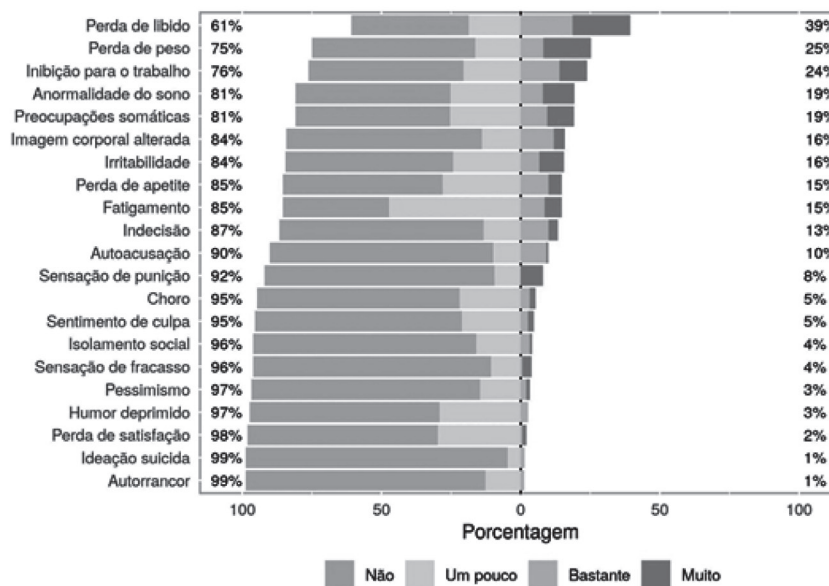


Figura 3. Gráfico de barras do percentual para cada item do Inventário de Depressão de Beck

que, respectivamente, 50% e 49,6% dos participantes obtiveram escores entre 90 e 100, apontando que essas esferas foram as que menos se mostraram prejudicadas nesses pacientes. Em consonância, Faria et al.²⁵, em estudo conduzido com 163 pacientes oncológicos, com uso do mesmo instrumento de avaliação, igualmente encontraram os maiores escores no item “qualidade de vida” e nos domínios “função cognitiva” e “função social”, com média de 76, 71,6 e 75,9, respectivamente. A boa percepção da qualidade de vida global neste estudo pode estar ligada à qualidade da assistência à saúde recebida por esses indivíduos, bem como ao fato de que somente uma pequena parcela da amostra está em tratamento radioterápico paliativo.

No que concerne à escala de sintomas, os domínios “insônia”, “perda de apetite” e “dificuldades financeiras” merecem ser evidenciados por apresentarem mais de 10% de respostas com escore superior a 90, destacando-se como os maiores preditores de baixa qualidade de vida. No estudo elaborado por Lôbo et al.²⁶, com 145 mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama, os maiores escores nas escalas de sintomas foram obtidos em “insônia”, “fadiga” e “perda de apetite”, com médias de 37,93, 36,01 e 33,56, respectivamente. Em estudo semelhante, Mendez et al.²⁷ observaram que o único ponto que registrou uma significativa diferença entre os escores antes e após o início do tratamento foi o domínio “dor”, para o qual houve queda da mediana de 66 para 33 após dois meses de tratamento. Esses dados permitem inferir que a instituição da modalidade correta de tratamento ao paciente oncológico pode, reconhecidamente, melhorar sua qualidade de vida. Em nosso estudo, 15,3% dos pacientes obtiveram escore calculado ≥ 50 para o domínio “dor”, ressaltando a emergente necessidade de melhora no controle da dor nesses pacientes.

É sabido que o diagnóstico de câncer e o seu tratamento podem acentuar problemas de sono preexistentes e precipitar novos, como a insônia que, sem tratamento adequado, usualmente se torna crônica e se concatena com o aparecimento de fadiga e depressão²⁸. A perda de apetite, por sua vez, é um sintoma comum entre pacientes oncológicos e atinge cerca de 15% a 20% deles, sendo decorrente de alteração no equilíbrio de neurotransmissores estimulantes e inibitórios do apetite, e é induzida por hormônios e citocinas inflamatórias que atingem o núcleo arqueado do hipotálamo²⁹.

A partir do Inventário de Depressão de Beck, constatou-se que 22% dos indivíduos avaliados apresentaram algum grau de alteração do humor, sendo 11% diagnosticados com transtorno depressivo maior. Na literatura, observam-se taxas ainda maiores, como o referido por Tsaras et al.³⁰ em estudo com 152 pacientes diagnosticadas com

câncer de mama, cuja prevalência de depressão foi de 38,2%. Mostrando expressiva semelhança com os dados encontrados no presente estudo, Wagner et al.³¹, em seu estudo com 455 pacientes em tratamento radioterápico, também sendo a maioria acometida por câncer de mama, encontraram uma taxa de 10,1% de depressão. O diagnóstico de depressão em pacientes oncológicos é visto como um desafio, uma vez que os sintomas relacionados à neoplasia *per se*, os efeitos colaterais de fármacos e os sintomas depressivos propriamente ditos podem estar sobrepostos³².

No tocante à depressão em pacientes submetidos especificamente à radioterapia, Panwar et al.³³ realizaram ensaio clínico randomizado, duplo-cego, placebo controlado com pacientes sem depressão que estavam prestes a se submeter ao tratamento com radioterapia. No grupo placebo, 39% dos indivíduos que receberam radiação como parte inicial do tratamento desenvolveram depressão durante o período do estudo, em comparação com apenas 12% dos pacientes que não receberam radioterapia nessa ocasião. Em estudo anterior³⁴, a população que se submeteu à radioterapia como terapia inicial apresentou, igualmente, uma probabilidade significativamente maior de desenvolver depressão do que os pacientes tratados cirurgicamente. Essa forte associação entre a depressão e a realização de radioterapia como parte do tratamento pode ser explicada pelo alto índice de efeitos colaterais causados por essa modalidade terapêutica, tais como náuseas, vômitos, cefaleia, alopecia, disfagia, xerostomia, perda temporária do paladar, inapetência, sensação de fraqueza, diarreias e cólicas, sendo a intensidade dos sintomas variáveis conforme o local da radiação³⁵.

Neste estudo, os itens que receberam a maior porcentagem de respostas graves no Inventário de Depressão de Beck foram perda de libido, perda de peso e inibição para o trabalho. A perda de peso pode estar relacionada à caquexia comumente desenvolvida por pacientes com câncer, resultante de alterações no metabolismo energético e do turnover de proteínas musculares³⁶. Por sua vez, a presença de uma doença debilitante, o uso de medicamentos que inibem a libido, cirurgias e estados emocionais negativos, muitas vezes em concomitância, justificam a alta prevalência da perda de libido em pacientes oncológicos³⁷.

CONCLUSÃO

Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida e a prevalência de sintomas depressivos dos pacientes com câncer em tratamento radioterápico em um centro especializado em oncologia e radioterapia, localizado no

Noroeste do Estado do Paraná. São múltiplos os fatores que podem contribuir para a redução da qualidade de vida e o aumento da prevalência de depressão nessa população, tais como mudanças físicas, alterações emocionais, sintomas associados à doença e ao seu tratamento, perda da autoestima e perda de libido. Soma-se a isso o difícil diagnóstico de depressão em pacientes com câncer, já que sintomas da própria neoplasia e aqueles oriundos do tratamento farmacológico podem se sobrepor ao transtorno depressivo.

Verificou-se, por meio do instrumento EORTC QLQ-C30, que os domínios “qualidade de vida”, “função cognitiva” e “função social” foram os que menos se mostraram prejudicados nesses pacientes. Na escala de sintomas, os domínios “insônia”, “perda de apetite” e “dificuldades financeiras” apresentaram mais de 10% de respostas com escore superior a 90, se destacando como os maiores preditores de baixa qualidade de vida.

A partir do Inventário de Depressão de Beck, constatou-se que 22% dos indivíduos avaliados apresentaram algum grau de transtorno de humor, sendo 11% diagnosticados com depressão, e os itens que receberam a maior porcentagem de respostas graves foram perda de libido, perda de peso e inibição para o trabalho.

Uma vez que a baixa qualidade de vida e os maiores índices de depressão são realidade entre os pacientes oncológicos, conforme evidenciado neste e em outros estudos, faz-se necessário o rastreamento desses indivíduos mediante escores apropriados, visando ao diagnóstico e à intervenção precoces para o restabelecimento de funcionalidade e bem-estar. Novos estudos são necessários para estimar precisamente qual a prevalência dessas comorbidades, indicar quais são os fatores associados a elas e elaborar um plano terapêutico, medicamentoso ou não, passível de ser aplicado nessa população.

CONTRIBUIÇÕES

Antonio Augusto Claudio Pereira, Nayara de Paula Passarin e Marcel Pereira Rangel participaram da concepção e desenho do trabalho; aquisição, análise, interpretação dos dados da pesquisa; redação e revisão crítica com contribuição intelectual. Jordana Henriques Coimbra participou da concepção e desenho do trabalho; aquisição, análise e interpretação dos dados da pesquisa. Gabriela Grasso Pereira participou da redação e revisão crítica com contribuição intelectual. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. Genève: WHO; [date unknown]. Cancer: key facts. [updated 2018 Sept 12; cited 2019 May 23]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
3. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(2):146-57. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060013>
4. Secoli SR, Padilha KG, Leite RCBO. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. Rev Bras Cancerol. 2005;51(4):331-7.
5. Ferrão ARC. O tratamento de metástases ósseas de fração única vs múltiplas frações com 3D CRT ou SBRT: artigo de revisão sistemática. Saúde Tecnol. 2015;(14):36-41. doi: <http://dx.doi.org/10.25758/set.1254>
6. Araújo LP, Sá NM, Atty ATM. Necessidades atuais de radioterapia no SUS e estimativas para o ano de 2030. Rev Bras Cancerol. 2016;62(1):35-42
7. Instituto Nacional de Câncer. Atualização para técnicos em radioterapia. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
8. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. atual. amp. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
9. Xiao C, Miller AH, Felger J, et al. A prospective study of quality of life in breast cancer patients undergoing radiation therapy. Adv Radiat Oncol. 2016;1(1):10-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adro.2016.01.003>
10. Movsas B, Hu C, Sloan J, et al. Quality of life analysis of a radiation dose-escalation study of patients with non-small-cell lung cancer: a secondary analysis of the radiation therapy oncology group 0617 randomized clinical trial. JAMA Oncol. 2016;2(3):359-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.3969>
11. Ferreira AS, Bicalho BP, Oda JMM, et al. Câncer de mama: estimativa da prevalência de ansiedade e depressão em pacientes em tratamento ambulatorial. Arq Ciênc Saúde UNIPAR. 2015;19(3):185-9. doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v19i3.2015.5548>
12. Parker PA, Davis JW, Latini DM, et al. Relationship between illness uncertainty, anxiety, fear of progression and quality of life in men with favourable-risk prostate cancer undergoing active surveillance. BJU Int.

- 2016;117(3):469-77. doi: <https://doi.org/10.1111/bju.13099>
13. Castro EK, Romeiro FB, Lima NB, et al. Percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer. *Psic Saúde Doença*. 2015;16(3):359-72. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160307>
 14. Seemann T, Pozzobom F, Vieira MCS, et al. Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(1):72-81. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170114>
 15. Malta DC, Silva MMA da. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. *Cien Saude Colet*. 2018;23(5):1350. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.31552017>
 16. Silva SS, Aquino TAA, Santos RM. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Rev Bras Ter Cogn*. 2008;4(2):73-88. doi: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20080016>
 17. Baratto CC, Moraes NA, Wottrich SH. Câncer e imagem corporal: possíveis relações. *Rev Context Saúde*. 2011;11(20):789-94. doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.789-794>
 18. Cormanique TF, Almeida LEDE, Rech CA, et al. Estresse psicológico crônico e seu impacto no desenvolvimento de neoplasia mamária agressiva. *Einstein*. 2015;13(3):352-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3344>
 19. Botelho ASC, Pereira MG. Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorrectal em quimioterapia. *Estud Psicol*. 2015;20(1):50-60. doi: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150007>
 20. Pereira NAC, Fortes RC. Autoimagem corporal de pacientes com câncer gastrointestinal. *Comun Ciênc Saúde*. 2015;26(1/2):29-44.
 21. Costa VB. Avaliação da qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes com câncer antes e após o tratamento quimioterápico [monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016.
 22. Pedersen JK, Engholm G, Skytthe A, et al. Cancer and aging: epidemiology and methodological challenges. *Acta Onl*. 2016;55(Suppl 1):7-12. doi: <https://doi.org/10.3109/0284186X.2015.1114670>
 23. Meneguim S, Matos TDS, Ferreira MLSM. Percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos sobre qualidade de vida. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):2114-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0360>
 24. Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, et al. Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e identificação de variáveis predisponentes. *Rev Bras Cancerol*. 2016;62(4):321-8.
 25. Faria SO, Simião MMR, Alves FA, et al. Estado nutricional e qualidade de vida em indivíduos com câncer assistidos por organização não governamental. *Rev Bras Cancerol*. 2019;65(1):e-08103. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.103>
 26. Lôbo SA, Fernandes AFC, Almeida PC, et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(6):554-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400090>
 27. Mendez LC, Raman S, Wan BA, et al. Quality of life in responders after palliative radiation therapy for painful bone metastases using EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-BM22: results of a Brazilian cohort. *Ann Palliat Med*. 2017;6(Suppl 1):S65-S70. doi: <https://doi.org/10.21037/apm.2017.04.06>
 28. Zhou ES, Partridge AH, Syrjala KL, et al. Evaluation and treatment of insomnia in adult cancer survivorship programs. *J Cancer Surviv*. 2018;11(1):74-9. doi: <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0564-1>
 29. Gangadharan A, Choi SE, Hassan A, et al. Protein calorie malnutrition, nutritional intervention and personalized cancer care. *Oncotarget*. 2017;8(14):24009-30. doi: <https://doi.org/10.18632/oncotarget.15103>
 30. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, et al. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(6):1661-9. doi: <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>
 31. Wagner LI, Pugh SL, Small W Jr, et al. Screening for depression in cancer patients receiving radiotherapy: Feasibility and identification of effective tools in the NRG Oncology RTOG 0841 trial. *Cancer*. 2018;123(3):485-93. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.29969>
 32. Saracino RM, Weinberger MI, Roth AJ, et al. Assessing depression in a geriatric cancer population. *Psychooncology*. 2017;26(10):1484-90. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4160>
 33. Panwar A, Rieke K, Burke WJ, et al. Identification of baseline characteristics associated with development of depression among patients with head and neck cancer: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;144(11):1004-10. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2018.2228>
 34. Lydiatt WM, Bessette D, Schmid KK, et al. Prevention of depression with escitalopram in patients undergoing treatment for head and neck cancer: randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;139(7):678-86. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2013.3371>
 35. Paula Júnior W, Zanini DS. Pacientes em radioterapia: um estudo de *coping*. *Psic, Saúde e Doenças*. 2012;13(2):480-93.
 36. Pin F, Barreto R, Couch ME, et al. Cachexia induced by cancer and chemotherapy yield distinct perturbations to energy metabolism. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2019;10(1):140-54. doi: <https://doi.org/10.1002/jcsm.12360>

37. Fleury HJ, Pantaroto HSC, Abdo CHN. Sexualidade em oncologia. Diagn Tratamento. 2011;16(2):86-90.

Recebido em 28/11/2019
Aprovado em 27/2/2020