Artigo original

Transtornos mentais comuns, uso de psicofármacos e qualidade de vida em pacientes oncológicos

Common mental disorders, psychotropic drugs use and quality of life in oncological patients

Deborah Ribeiro Nascimento[1], Egon Lemos Gonçalves[1], Fernanda Meneses Monteiro[1], Ludmilla Maria Barroso Silva[1], Paloma Maria Faustino[1], Carlos Eduardo Leal Vidal[1].

1 Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Carlos Eduardo Leal Vidal - celv@uol.com.br

Resumo

Introdução: A alta prevalência do uso de drogas psiquiátricas e transtornos mentais comuns em pacientes oncológicos mostra que este é um grupo de pacientes suscetíveis a alterações psicológicas que podem dificultar o tratamento. **Objetivo:** Estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns, do uso de psicofármacos e a qualidade de vida em pacientes oncológicos em tratamento no serviço de oncologia de Barbacena – Minas Gerais. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo transversal, no período de dezembro de 2020 a dezembro de 2021. A pesquisa foi conduzida por meio de entrevistas onde foram utilizados um questionário contendo variáveis sociodemográficas e clínicas, o *Self Reporting Questionnaire-20* e o *Quality of Life Questionnaire da European Organisation for Research and Treatment Of Cancer*. Foram utilizados testes de associações como o teste do *qui-quadrado,* o teste *t de Student* e análise de variância. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados**: A maioria dos pacientes que usava psicofármacos não apresentou TMC (69,5%), enquanto apenas 22 (46,8%) daqueles que tinham TMC faziam uso de psicofármacos. O uso de psicofármacos esteve associado a piores escores em algumas escalas funcionais e de sintomas, enquanto os pacientes com TMC exibiram piores escores em todas as escalas funcionais, de sintomas e qualidade de vida. **Conclusão**: Há necessidade de maior vigilância quanto a utilização de psicofármacos, observando as indicações, as interações, e o risco de dependência. Os dados desse trabalho, quanto a presença de TMC e qualidade de vida, sugerem observação mais atenta aos pacientes para que seja oferecido tratamento adequado.

Palavras-chave: Oncologia. Transtornos Mentais. Psicotrópicos. Qualidade de vida.

Abstract

Introduction: The high prevalence of psychiatric drug use and common mental disorders in cancer patients shows that this is a group of patients susceptible to psychological changes that can make treatment difficult. **Objectives**: To estimate the prevalence of common mental disorders, the use of psychotropic drugs and the quality of life in cancer patients undergoing treatment at the oncology service in Barbacena - Minas Gerais. **Materials and methods**: A cross-sectional study was carried out from December 2020 to December 2021. The research was conducted through interviews where a questionnaire containing sociodemographic and clinical variables, the Self Reporting Questionnaire-20, and the Quality-of-Life Questionnaire from the European Organization for Research and Treatment of Cancer. Association tests such as the chi-square test, Student's t test and analysis of variance were used. The significance level adopted was 5%. **Results**: Most patients who used psychiatric drugs did not have CMD (69.5%), while only 22 (46.8%) of those who had CMD used psychotropic drugs. The use of psychotropic drugs was associated with worse scores on some functional and symptom scales, while patients with CMD had worse scores on all functional, symptom and quality of life scales. **Conclusion:** There is a need for greater vigilance regarding the use of psychotropic drugs, observing indications, interactions, and the risk of dependence. Data from this study, regarding the presence of CMD and quality of life, suggest a closer observation of patients so that appropriate treatment is offered.

Keywords: Medical Oncology. Mental Disorders. Psychotropic Drugs. Quality of Life.

INTRODUÇÃO E LITERATURA

A pandemia de COVID-19 em 2020 causou extenso impacto nos sistemas de saúde de todo o mundo, gerando atrasos em diagnósticos e tratamentos, fechamento do sistema de saúde, suspensão de programas de triagem e disponibilidade de acesso reduzido aos cuidados. Ainda assim as estimativas indicam que houve 19,3 milhões de novos casos de câncer e quase 10 milhões de mortes em 2020.[1]

Apesar das melhorias nos aspectos preventivos, diagnósticos e terapêuticos, o câncer é estreitamente ligado ao sofrimento tanto do paciente quanto de seus familiares.[2] No Brasil, foi observado que aproximadamente 25 a 30% dos pacientes com câncer preenchem critérios para o diagnóstico de transtornos de ansiedade ou humor, 17,4% para distúrbios neuróticos ou somatoformes e 4% para transtornos psicóticos.[3] Além desses quadros, observa-se também a ocorrência de queixas psíquicas inespecíficas, caracterizando o que se conhece por Transtorno Mental Comum (TMC), cuja prevalência foi estimada em 31,5% dos pacientes com câncer.[4]

Muitos sintomas psiquiátricos ou mesmo transtornos mentais bem definidos, como a depressão, são de difícil diagnóstico em pacientes oncológicos, uma vez que alguns sintomas da doença e os efeitos colaterais do tratamento se confundem ou se sobrepõem ao quadro sintomático.[5] A terapia oncológica, principalmente a quimioterapia e a radioterapia, possuem efeitos adversos para o paciente, deixando-o vulnerável e debilitado.[6] Sendo assim, o câncer e os processos terapêuticos podem interferir em aspectos psicológicos, sociais e físicos da qualidade de vida dos pacientes, tornando, portanto, sua avaliação um importante parâmetro para oncologia.[7,8]

A literatura aponta que os transtornos mentais podem ser observados como preditores de mortalidade em pacientes com câncer.[9] A alta prevalência do uso de drogas psiquiátricas (25,8%) e de TMC em pacientes oncológicos mostram que este é um grupo suscetível a alterações psicológicas que podem dificultar o tratamento.[4] Assim, a importância de avaliar a qualidade de vida desses pacientes transcorre do enfrentamento de fatores presentes em todos os estágios da doença como: o medo do diagnóstico e da cirurgia, a incerteza do prognóstico, os efeitos colaterais dos tratamentos e a possibilidade de recidiva e morte.[10] O objetivo deste trabalho é, portanto, estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns, do uso de psicofármacos e a qualidade de vida em pacientes oncológicos em tratamento no serviço de oncologia de Barbacena – Minas Gerais.

MATERIAL

Tipo e local do estudo

Trata-se de estudo com delineamento transversal realizado no Serviço Especializado em Oncologia do Hospital Ibiapaba, Barbacena, Minas Gerais, no período de dezembro de 2020 a dezembro de 2021.

Participantes

Foram selecionados 202 pacientes em tratamento no setor de oncologia do referido hospital. Os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, ter diagnóstico de câncer e estar em tratamento no local de estudo. Foram considerados critérios de exclusão: apresentar incapacidade de comunicação ou ser menor de idade.

A amostra foi calculada considerando uma média anual de 1200 pacientes em tratamento no serviço, prevalência média de 25% (± 5%) de TMC em pacientes portadores de câncer, nível de significância de 5% e poder de 80%, o que resultou em um número variando de 200 a 250 pacientes.

MÉTODOS

Coleta de dados

Foram realizadas visitas no setor de oncologia, em plantões alternados (manhã e tarde), no período de dezembro de 2020 a dezembro de 2021. Os indivíduos com câncer que compareceram ao setor, para tratamento quimioterápico, no período de coleta de dados e que preencheram os critérios para inclusão no estudo foram convidados a participar da pesquisa.

Os dados foram colhidos por meio de entrevistas utilizando-se os questionários abaixo relacionados. Dados complementares foram obtidos diretamente dos prontuários médicos. Importante observar que os questionários foram aplicados em forma de entrevista, pelos autores do trabalho, para maior conforto dos pacientes que estavam em tratamento, e foi mantida a imparcialidade por parte dos entrevistadores para evitar interferência nas respostas dos pacientes.

Instrumentos para coleta de dados

Questionário: Dados sociodemográficos, histórico de saúde e uso de psicofármacos

Este questionário foi subdividido em duas partes: a primeira parte foi a caracterização da amostra para posterior correlação com o consumo de psicofármacos, qualidade de vida e presença de TMC, a segunda parte foi a identificação da prevalência de uso de psicofármacos e as variáveis relacionadas aos mesmos.

Parte I – Variáveis sociodemográficas e histórico de saúde: idade, escolaridade, estado civil, religião, situação de trabalho/ocupação, renda mensal individual e/ou familiar; número de moradores na casa; local de acometimento primário do câncer, tempo de tratamento oncológico, cirurgias oncológicas prévias, presença de outras enfermidades e uso contínuo de medicamentos (não-psicotrópicos).[4]

Parte II – Variáveis relacionadas ao uso de psicofármacos: uso atual de psicofármacos, nome(s) do(s) medicamento(s), tempo de uso, a especialidade do médico prescritor ou se ocorreu uso sem prescrição e se realizou tratamento não farmacológico para o problema causador do uso do psicofármaco.[4]

Instrumento Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)

O SRQ-20 é um instrumento de rastreamento psiquiátrico originalmente, desenvolvido por Harding e colaboradores em 1980,[11] avaliando transtornos psicóticos e não psicóticos. A versão brasileira do SRQ (SRQ-20) foi validada por Mari e Williams,[12] e é composta por 20 questões para o rastreamento de TMC (quatro questões sobre sintomas físicos e 16 questões sobre distúrbios psicoemocionais, cada uma valendo 1 ponto).

No presente estudo foi adotado ponto de corte igual ou maior que oito pontos. Com esse ponto de corte o instrumento apresenta sensibilidade para presença de TMC de 86,3% e especificidade de 89,3%.[13]

Instrumento Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30)

O QLQ-C30 é composto por 30 itens. Possui escalas de itens múltiplos e medidas de item único. Inclui uma escala do estado de saúde global/qualidade de vida (QV), cinco escalas funcionais e três escalas de sintoma. Cada uma das escalas de itens múltiplos inclui um conjunto diferente de itens (nenhum item ocorre em mais de uma escala). As pontuações de todas as escalas e medidas de item único variam de 0 a 100.[14] É usado o "método de pontuação estandardizada". Pontuações altas nos itens de funcionalidade representam uma boa capacidade funcional. Pontuações elevadas nos itens dos sintomas representam um elevado grau de problemas/sintomas.

Antes do início da coleta dos dados, foi solicitado à *European Organisation for Research and Treatment Of Cancer* (EORTC) a liberação do uso do instrumento QLQ-C30, a qual enviou, via e-mail, os links para acesso ao instrumento e seu manual de utilização.

Análise de dados

Os dados de cada participante foram registrados em fichas elaboradas para o estudo e digitadas em planilhas do programa Excel, processados em seguida por meio do *software SPSS-17.0*. Foram construídas tabelas para distribuição de frequências, médias, medianas e desvio-padrão para cada variável. Depois da determinação dos escores da escala para cada participante, os subgrupos da amostra foram comparados conforme as diferentes categorias dos instrumentos. Foram utilizados testes de associações como o teste do *qui-quadrado* e o teste de *Fischer* para variáveis categóricas, além do teste *t de Student* para variáveis contínuas. A relação entre as variáveis independentes e os escores da escala QLQ-C30 foi avaliada por meio da Análise de Variância (ANOVA) e pelo teste de *Tukey*. A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene. O nível de significância adotado foi de 5 %.

Aspectos éticos

Participaram da pesquisa os pacientes que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina de Barbacena sob o parecer: 4.431.428.

RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos do estudo e uso de psicofármacos

Participaram da pesquisa 202 pacientes com idade de 21 a 91 anos (média = 59,9 ± 13,3 anos), sendo a maioria acima de 60 anos (58,4%) e mulheres (53,5%). A amostra foi composta majoritariamente por pacientes com grau de escolaridade até o ensino fundamental completo (69,3%), casados (62,9%), católicos (85,1%), aposentados (54,9%), com renda mensal de até um salário-mínimo (52,0%), renda familiar de até três salários-mínimos (50%) e que estavam inseridos em casas com dois moradores (37,6%).

O sítio primário mais frequente de câncer foi o trato gastrointestinal (TGI) (41,1%), seguido por mama (21,3%) e aparelho geniturinário (AGU) (15,8%) - observando que a próstata correspondeu a 62,6% dos cânceres do AGU. Entre as mulheres, o sítio primário mais comum foi a mama (38,9%) seguido pelo TGI (32,4%); e nos homens os sítios mais comuns foram TGI (45,7%) e a próstata (22,3%). Quanto ao histórico de saúde, o tempo médio de tratamento do câncer foi de 28 ± 35,9 meses, sendo que a maioria havia até 12 meses de tratamento (55,9%). Cirurgias para o tratamento oncológico, incluindo biópsia, foram realizadas por 60,4% dos pacientes; 61,4% apresentavam comorbidades clínicas e 66,8% faziam uso de medicação contínua.

Pouco mais de um terço dos pacientes relatou fazer uso de psicofármacos (35,6%), e, entre esses, a maioria foi constituída por mulheres (56,9%), pacientes com mais de 60 anos de idade (59,7%) e com escolaridade até o ensino fundamental (73,6%). Mais da metade fazia uso de apenas um psicofármaco (62,5%), sendo mais utilizados os benzodiazepínicos (49,5%) e os antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina (ISRS) (26,3%). Não houve associação entre uso de psicofármacos e as variáveis sociodemográficas e de saúde analisadas.

Transtornos mentais comuns e fatores associados

Transtorno mental comum foi observado em apenas 47 pacientes (23,3%), sendo mais frequente entre as mulheres (57,4%), participantes com idade superior a 60 anos (61,7%), nos pacientes com tempo de tratamento entre 13 e 36 meses (34,0%) e naqueles cujo sítio primário do câncer foi o TGI (42,5%). A maioria dos pacientes que usava psicofármacos não apresentou TMC (69,5%), enquanto apenas 22 (46,8%) daqueles que tinham TMC faziam uso de psicofármacos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo resultado do *SRQ-20*, variáveis sociodemográficas, histórico de saúde e associação com uso de psicofármacos. Barbacena, Minas Gerais, 2021.

Variáveis	SRQ-20				Total	
	Positivo		Negativo			
	N	%	N	%	N	Valor p
Pacientes	47	23,3	155	76,7	202	
Sexo						
Feminino	27	25,0	81	75,0	108	0,532
Masculino	20	21,3	74	78,7	94	
Idade (anos)						
20 a 39	4	28,6	10	71,4	14	0,686
40 a 59	14	20,0	56	80,0	70	
>60 s	29	24,6	89	75,4	118	
Escolaridade						
Fundamental[1]	31	62,1	109	37,9	140	0,495
Médio[2]	11	72,2	25	27,8	36	
Superior[3]	5	65,4	21	34,6	26	
Sítio primário do câncer						
Cabeça e pescoço	4	40,0	6	60,0	10	0,816
TGI	20	24,1	63	75,9	83	
Mama	10	23,3	33	76,7	43	
AGU	7	21,9	25	78,1	32	
Sangue, linfático	2	12,5	14	87,5	16	
Outros	4	22,2	14	77,8	18	

Tempo de tratamento (meses)						
De 1 a 6	14	18,7	61	81,3	75	0,076
De 7 a 12	7	18,4	31	81,6	38	
De 13 a 36	16	38,1	26	61,9	42	
>37	9	20,0	36	80,0	45	
Psicofármaco						
Usa	22	30,5	50	69,5	72	**0,050**
Não usa	25	19,3	105	80,7	130	

[1] de Analfabeto até Ensino fundamental completo; [2] Ensino médio incompleto e completo; [3] Ensino superior incompleto e completo. Fonte: Autores, 2022.

Qualidade de vida e fatores associados

A qualidade de vida foi inicialmente avaliada por meio da correlação das escalas funcionais e escala global de saúde com as variáveis sociodemográficas (Tabela 2).

Os pacientes apresentaram escores menores para as escalas de funcionamento físico e emocional quando comparados às outras escalas funcionais, sugerindo maior comprometimento daqueles domínios. A comparação dos sexos evidenciou funcionamento cognitivo com média menor no sexo feminino. Pacientes maiores de 60 anos apresentam menor funcionamento físico quando comparados àqueles de faixas etárias inferiores. O escore da escala de funcionamento físico também foi menor naqueles com escolaridade baixa. Pacientes com nível médio de escolaridade apresentaram menor escore na escala de desempenho de papel. Com relação à religião, observou-se escore inferior na escala de funcionamento cognitivo para pacientes evangélicos. Pacientes divorciados exibiram diminuição do funcionamento social quando comparados aos demais.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo as escalas funcionais e qualidade de vida do *QLQ-C30*, e as variáveis sociodemográficas. Barbacena, Minas Gerais, 2021.

Variáveis		Escalas Funcionais					Qualidade de vida
		Físico	Emocional	Cognitivo	Social	Papel	
Pacientes	Média	76,0	71,7	81,9	80,6	84,2	82,2
	DP	26,7	31,9	26,9	27,4	30,2	20,8
Sexo							
Feminino	Média	78,1	84,8	78,1	78,5	84,8	84,4
	DP	24,5	29,7	29,4	30,2	29,7	18,0
Masculino	Média	73,6	74,1	86,1	83,2	83,5	79,6
	DP	29,0	30,3	23,3	23,7	30,8	23,4
Valor p		0,244	0,328	**0,036**	0,235	0,751	0,096
Idade (anos)							
20 a 39	Média	82,8	58,9	80,9	76,2	72,6	80,9
	DP	22,3	40,5	26,8	33,8	38,4	17,1
40 a 59	Média	82,5	71,0	80,2	77,8	85,7	84,5
	DP	27,1	33,4	28,7	29,6	27,1	18,1
>60	Média	71,3	73,6	83,0	82,9	84,7	81,0
	DP	29,3	29,8	26,1	25,3	30,8	22,6
Valor p		**0,013**	0,260	0,782	0,390	0,322	0,521
Escolaridade							
Fundamental[1]	Média	73,7	71,8	81,6	81,0	83,4	82,5
	DP	27,8	32,6	27,4	27,1	31,0	20,0
Médio[2]	Média	75,0	69,2	82,4	83,7	78,2	80,5
	DP	26,7	30,8	25,8	23,7	34,7	24,7
Superior[3]	Média	90,1	74,3	82,6	74,3	96,7	82,6
	DP	12,9	30,9	26,8	33,7	8,2	19,7
Valor p		**0,017**	0,819	0,977	0,394	**0,049**	0,870

Renda familiar							
Até um SM	Média	75,2	74,6	82,0	80,4	85,5	83,2
	DP	27,3	31,6	27,7	26,4	29,3	20,9
Acima de um SM até três SM	Média	75,4	70,8	82,3	80,0	82,5	82,3
	DP	26,9	31,3	25,5	28,4	31,8	21,2
Acima de três até cinco SM	Média	78,9	75,4	84,2	85,5	90,0	82,1
	DP	22,0	30,3	24,5	31,3	21,2	17,4
Acima de cinco SM	Média	77,1	60,9	74,0	83,3	80,2	76,6
	DP	30,2	40,1	37,5	22,7	35,6	24,0
Valor p		0,729	0,637	0,706	0,938	0,844	0,322
Religião							
Não tem	Média	87,6	64,2	78,5	66,6	80,9	85,7
	DP	19,4	40,2	23,0	37,3	31,1	19,7
Católica	Média	74,9	73,0	83,4	81,3	84,8	81,9
	DP	27,5	31,2	25,3	26,6	30,1	21,0
Evangélica	Média	76,2	55,2	64,5	79,1	72,9	78,1
	DP	22,0	36,7	38,4	28,9	34,9	21,9
Espírita	Média	92,2	85,7	88,0	80,9	100,0	94,0
	DP	13,6	20,2	31,5	36,5	,000	7,9
Valor p		0,284	0,098	**0,053**	0,577	0,231	0,378
Estado civil							
Solteiro	Média	78,1	75,5	89,8	85,8	84,3	83,3
	DP	33,6	32,0	23,5	24,3	33,6	18,8
Casado	Média	77,9	71,0	81,7	82,3	85,3	82,3
	DP	25,2	32,8	27,5	25,9	28,1	21,8
Viúvo	Média	68,0	72,9	73,5	74,1	85,0	80,4
	DP	29,6	28,4	29,4	30,1	29,9	20,1
Divorciado	Média	68,4	64,3	81,8	63,6	69,6	81,8
	DP	31,9	33,3	17,4	39,3	42,7	18,2
Valor p		0,226	0,771	0,128	**0,056**	0,437	0,958

[1] de Analfabeto até Ensino fundamental completo; [2] Ensino médio incompleto e completo; [3] Ensino superior incompleto e completo. SM = salário-mínimo. Fonte: Autores, 2022.

Pacientes que não foram submetidos a procedimentos cirúrgicos mostraram escores menores na escala de funcionamento físico. O uso de psicofármacos esteve associado a menores escores nas escalas de funcionamento físico e cognitivo. Pacientes portadores de TMC exibiram menores escores em todas as escalas funcionais e na qualidade de vida. Esses dados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo as escalas funcionais e qualidade de vida do *QLQ-C30*, histórico de saúde, utilização de psicofármacos e resultados do *SRQ-20*. Barbacena, Minas Gerais, 2021.

Variáveis		Escalas Funcionais					Qualidade de vida
		Físico	Emocional	Cognitivo	Social	Papel	
Tempo de tratamento (meses)							
De 1 a 6	Média	76,8	77,5	83,1	81,1	84,2	82,8
	DP	30,1	28,5	28,7	27,8	31,4	23,0
De 7 a 12	Média	81,1	70,6	81,1	82,9	81,6	80,9
	DP	18,9	31,4	27,8	26,4	31,9	16,9
De 13 a 36	Média	71,9	65,7	82,1	74,6	81,3	81,7
	DP	25,9	36,3	23,7	31,3	30,8	23,4
>37	Média	75,3	71,5	81,9	83,3	88,5	84,1
	DP	27,0	31,1	24,6	24,1	26,8	16,9
Valor p		0,492	0,263	0,984	0,439	0,670	0,909

Cirurgias							
Sim	Média	80,5	71,1	81,6	80,3	85,3	82,9
	DP	22,3	32,1	26,6	29,2	29,5	21,4
Não	Média	67,2	71,2	81,3	80,2	81,7	80,2
	DP	31,9	32,4	28,3	25,1	31,9	20,1
Valor p		**0,001**	0,970	0,931	0,979	0,419	0,381
Comorbidades							
Sim	Média	73,2	72,6	82,9	82,3	85,5	83,0
	DP	27,9	31,6	24,9	26,3	29,6	18,9
Não	Média	85,0	73,6	87,0	79,6	84,3	81,9
	DP	21,3	29,9	20,2	30,0	29,4	28,0
Valor p		0,106	0,895	0,506	0,698	0,866	0,837
Psicofármacos							
Usa	Média	67,5	67,4	76,2	79,8	79,3	78,9
	DP	28,2	33,1	30,9	29,6	33,7	22,8
Não usa	Média	84,0	74,0	85,0	81,1	86,9	84,0
	DP	24,6	31,1	26,3	26,3	27,7	19,5
Valor p		**0,001**	0,165	**0,028**	0,749	0,088	0,092
SRQ-20							
Positivo	Média	60,9	44,8	59,9	73,0	68,0	69,1
	DP	23,4	32,2	31,8	32,1	35,7	25,2
Negativos	Média	80,7	79,9	88,6	83,0	89,2	86,1
	DP	25,9	27,0	21,3	25,5	26,4	17,5
Valor p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,029**	**0,000**	**0,000**

Fonte: Autores, 2022.

A Tabela 4 mostra a distribuição dos participantes de acordo com a escala de sintomas e associação com variáveis sociodemográficas. Pacientes com escolaridade superior apresentaram menos sintomas de fadiga, insônia e dispneia. Diferenças foram também observadas em relação à renda familiar e à presença de insônia.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a escala de sintomas do *QLQ-C30* e as variáveis sociodemográficas. Barbacena, Minas Gerais, 2021.

Variáveis		Escala de sintomas								
		Fadiga	Dor	Náuseas	Insônia	Apetite	Constipação	Dispneia	Diarreia	Financeiro
Pacientes	Média	23,4	20,2	12,7	26,7	17,4	17,4	11,2	8,2	17,0
	DP	29,1	32,3	23,7	39,5	33,6	37,2	32,3	20,9	31,5
Sexo										
Feminino	Média	21,3	19,6	12,8	25,0	17,9	21,9	11,1	8,6	18,1
	DP	27,0	31,8	22,6	38,4	34,2	37,1	26,2	21,5	34,3
Masculino	Média	26,0	20,9	12,6	28,7	17,0	20,9	11,3	7,8	16,0
	DP	31,2	33,0	25,1	40,8	33,1	37,5	27,4	20,4	27,9
Valor p		0,252	0,948	0,772	0,505	0,853	0,851	0,950	0,777	0,636
Idade (anos)										
20 a 39	Média	23,0	17,9	10,7	40,5	7,1	16,7	7,1	11,9	19,0
	DP	26,7	28,8	27,4	45,6	26,7	31,3	26,7	30,9	31,2
40 a 59	Média	18,9	16,7	13,1	23,8	16,7	14,8	11,9	6,2	22,9
	DP	25,6	29,1	22,1	37,7	32,5	30,9	27,2	30,9	35,7
>60	Média	26,3	22,6	12,7	26,8	19,2	26,0	11,3	9,0	13,4
	DP	31,1	34,5	24,4	39,7	34,9	40,7	26,6	22,1	28,4
Valor p		0,243	0,461	0,944	0,355	0,434	0,119	0,831	0,533	0,134

Escolaridade										
Fundamental[1]	Média	23,4	20,7	13,3	27,3	18,8	20,7	9,0	7,1	19,4
	DP	29,2	32,7	24,7	39,4	34,2	37,2	23,6	19,9	32,8
Médio[2]	Média	32,4	21,7	14,3	36,1	16,6	23,1	23,1	14,8	16,6
	DP	32,7	33,3	25,9	43,2	34,3	38,1	38,9	26,9	33,3
Superior[3]	Média	11,1	15,3	7,0	10,2	11,5	23,0	6,4	5,1	5,1
	DP	16,9	29,4	13,5	29,5	29,7	36,2	16,4	15,5	15,5
Valor p		**0,017**	0,708	0,421	**0,036**	0,593	0,915	**0,011**	0,106	0,104
Renda familiar										
Até um SM	Média	25,4	18,2	14,7	32,7	13,9	27,9	12,3	5,3	26,8
	DP	29,5	31,5	24,3	43,3	32,2	42,7	27,8	15,0	36,6
Acima de um SM até três SM	Média	24,5	21,9	13,3	22,4	22,7	16,1	10,5	10,8	15,5
	DP	29,4	32,6	24,7	34,9	36,2	33,5	26,2	24,9	31,1
Acima de três até cinco SM	Média	17,2	15,0	2,5	30,0	5,0	18,3	11,6	3,3	3,3
	DP	24,8	27,1	8,1	43,1	16,3	31,5	27,1	10,2	10,2
Acima de cinco SM	Média	20,8	12,5	14,5	31,2	16,6	33,3	12,5	10,4	4,1
	DP	32,4	29,5	28,5	36,5	36,5	42,2	29,5	23,5	16,7
Valor p		0,464	0,322	0,882	**0,017**	0,421	0,399	0,902	0,659	0,106
Religião										
Não tem	Média	20,6	2,3	14,2	38,0	0,0	42,8	4,7	14,2	4,7
	DP	23.5	26,2	6,3	27,5	0,0	46,0	12,6	26,2	12,6
Católica	Média	23,3	20,9	13,2	27,5	19,3	21,8	11,0	7,1	16,5
	DP	29,6	33,1	24,8	39,5	34,9	37,3	26,0	19,6	30,7
Evangélica	Média	28,4	22,9	15,6	25,0	10,4	16,6	20,8	16,6	33,3
	DP	25,5	32,1	19,7	41,3	29,1	36,5	40,1	32,2	43,9
Espírita	Média	17,4	2,3	2,3	0,0	4,7	0,0	0,0	9,5	4,7
	DP	29,9	6,3	6,3	0,0	12,6	0,0	0,0	16,3	12,6
Valor p		0,842	0,467	0,397	0,275	0,246	0,177	0,294	0,305	0,090
Estado civil										
Solteiro	Média	24,6	15,2	8,6	31,3	14,1	13,1	6,1	3,0	23,2
	DP	28,3	31,0	20,0	42,4	34,4	32,2	13,0	9,7	36,8
Casado	Média	23,0	18,6	12,5	23,3	16,3	20,9	12,1	9,8	14,0
	DP	29,3	30,6	23,7	37,7	32,8	36,6	28,5	22,6	27,5
Viúvo	Média	25,3	28,7	17,8	32,2	24,1	25,3	10,3	8,0	20,2
	DP	30,5	35,0	28,5	42,2	36,6	40,5	26,9	22,9	36,7
Divorciado	Média	21,2	31,8	13,6	39,4	24,2	42,4	18,2	6,1	27,3
	DP	28,7	45,0	20,8	44,3	33,6	44,9	34,5	20,1	41,7
Valor p		0,968	0,207	0,505	0,375	0,560	0,139	0,542	0,412	0,266

[1] de Analfabeto até Ensino fundamental completo; [2] Ensino médio incompleto e completo; [3] Ensino superior incompleto e completo. SM = salário-mínimo. Fonte: Autores, 2022.

A correlação da escala de sintomas com o histórico de saúde dos pacientes (Tabela 5) mostrou que aqueles pacientes que realizaram cirurgias para o tratamento oncológico apresentaram tendência a menos sintomas físicos e os pacientes que não possuíam comorbidades apresentaram menos constipação.

Assim como ocorreu com a correlação dos pacientes com TMC e as escalas funcionais, observamos que houve aumento significativo ($p<0,03$) em todas as escalas de sintomas. Os pacientes com TMC apresentaram escores com pontuação de até 52,5, mostrando um alto nível de sintomatologia, enquanto os pacientes sem TMC apresentaram escore de no máximo 18,9. Com relação ao uso de psicofármacos os pacientes que não usam apresentaram menos dor, náuseas e insônia.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a escala de sintomas do *QLQ-C30*, histórico de saúde, utilização de psicofármacos e resultados do *SRQ-20*. Barbacena, Minas Gerais, 2021.

Variáveis		Escala de sintomas								
		Fadiga	Dor	Náuseas	Insônia	Apetite	Constipação	Dispneia	Diarreia	Financeiro
Tempo de tratamento (meses)										
De 1 a 6	Média	24,7	19,8	12,9	24,9	17,3	22,2	10,7	7,6	18,2
	DP	29,9	33,5	23,7	38,4	32,6	36,9	26,9	17,8	32,1
De 7 a 12	Média	23,4	10,1	13,2	27,2	13,2	20,2	12,3	5,3	20,7
	DP	27,9	21,7	22,6	40,2	28,5	37,6	27,3	14,5	36,3
De 13 a 36	Média	27,0	24,2	13,5	31,7	22,2	24,6	15,1	9,5	19,8
	DP	31,2	32,7	23,6	42,3	38,7	39,7	31,4	23,6	31,3
>37	Média	19,0	25,9	10,7	21,5	15,6	17,8	8,1	7,4	8,1
	DP	27,2	36,5	25,4	36,3	33,0	35,9	21,5	22,3	22,6
Valor p		0,619	0,124	0,948	0,660	0,655	0,848	0,675	0,817	0,200
Cirurgias										
Sim	Média	20,8	19,5	11,5	26,8	15,6	20,5	10,4	9,8	15,0
	DP	28,9	31,7	23,3	40,3	31,5	36,9	26,8	24,1	29,4
Não	Média	28,6	22,4	15,6	28,0	21,8	24,4	12,9	5,8	21,3
	DP	29,3	34,0	25,0	39,1	37,4	38,5	27,3	14,9	34,9
Valor p		0,068	0,544	0,247	0,835	0,213	0,474	0,528	0,191	0,176
Comorbidades										
Sim	Média	22,0	21,3	11,6	25,8	15,8	24,4	11,8	7,5	16,8
	DP	28,8	33,7	22,8	38,4	31,6	39,4	27,6	20,7	31,2
Não	Média	25,3	24,0	11,1	12,9	24,0	3,7	7,4	9,2	12,9
	DP	29,9	31,9	18,1	30,5	40,9	10,8	24,4	19,1	23,3
Valor p		0,656	0,750	0,918	0,178	0,324	**0,028**	0,521	0,739	0,617
Psicofármacos										
Usa	Média	28,2	31,4	18,0	36,1	19,4	25,0	15,2	6,4	12,9
	DP	30,9	38,0	27,2	42,1	33,9	39,5	31,6	17,4	28,3
Não usa	Média	20,8	13,9	9,7	21,5	16,4	19,4	8,9	9,2	19,3
	DP	27,8	26,1	21,1	37,1	33,5	35,9	23,4	22,7	32,9
Valor p		0,084	**0,000**	**0,017**	**0,012**	0,540	0,314	0,108	0,374	0,166
SRQ-20										
Positivo	Média	43,7	46,8	29,0	52,4	47,5	37,5	24,8	14,8	25,5
	DP	28,8	36,0	26,6	45,4	44,9	46,4	36,4	28,5	36,9
Negativos	Média	17,3	12,1	7,7	18,9	8,3	16,5	7,0	6,2	14,5
	DP	26,3	26,3	20,5	33,9	22,7	32,5	21,5	17,7	29,2
Valor p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,013**	**0,035**

Fonte: Autores, 2022.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos pacientes analisados bem como os sítios primários de câncer mais prevalentes foi o mesmo observado na literatura.[4,15] A prevalência de TMC encontrada nesse trabalho também está de acordo com a literatura, 17 a 35%,[4,16] enquanto o uso de psicofármacos mostrou uma taxa superior à descrita, que varia entre 9 e 26%.[2,4,17]

A literatura aponta que o gênero feminino, principalmente usuárias do serviço público de saúde com baixa escolaridade, representam a população com maior prevalência de TMC, e mostra a tendência dos profissionais de saúde subestimarem a existência desses transtornos quando sintomas físicos não estão significativamente presentes.[16,18,19] Da mesma forma, foi demonstrado que os serviços de saúde incorporam ao arsenal terapêutico dos pacientes antidepressivos e benzodiazepínicos, que se arrastam com o curso crônico da doença.[20] É importante destacar ainda que o consumo de psicofármacos por longo período pode aumentar a probabilidade da ocorrência de efeitos colaterais, sobretudo em associação com o tratamento oncológico. Por outro lado, foi descrito na literatura que a descontinuação dessa medicação se correlaciona com a recaída de sintomas depressivos.[20]

Os psicofármacos mais utilizados pelos pacientes desse estudo, os benzodiazepínicos, também são os mais prevalentes em outros estudos, possivelmente por possuírem efeitos ansiolítico e hipnótico, sendo classificados como a terceira droga de maior

abuso de prescrição na América.[4,17] Foi evidenciado maior uso de psicofármacos na população acima de 60 anos, assim como naquela com baixa escolaridade, mostrando que esses são fatores preditores ao uso dessas substâncias.[21] Pode-se relacionar também a presença de comorbidades com a utilização de psicofármacos devido às prováveis limitações físicas ocasionarem sofrimento psíquico ao paciente, comprometendo a qualidade de vida.[16,19] A prescrição dessa classe de medicamentos pode trazer implicações relacionadas à: dependência, tolerância, efeitos adversos e difícil estabelecimento de segurança.[22,23] Além disso, embora seja clássica a sua indicação para controle do sono, o uso crônico pode causar um efeito antagônico e exacerbar a ansiedade, sintomas depressivos, e alterar o padrão de normalidade do ciclo sono e vigília.[23]

Estudos demonstraram que a dificuldade de diagnóstico de TMC associa-se também aos efeitos colaterais dos fármacos utilizados na terapia anti-oncogênica. Sintomas relatados como fadiga e perda do apetite, observados nos pacientes entrevistados, são fatores dificultadores para esse diagnóstico uma vez que se sobrepõem.[18,24] A relação entre fadiga e sintomas depressivos em mulheres sob diagnóstico de câncer de mama sugeriram que a fadiga proveniente do tratamento oncológico foi associada com significância a sintomas depressivos, e que pacientes que não relataram fadiga tiveram poucos ou nenhum desses sintomas. Da mesma forma, foi associada a presença de fadiga naquelas pacientes que tinham sintomas depressivos classificados como moderado a grave.[19,25]

Segundo Silva e colaboradores, o que garantiria um bom prognóstico no tratamento oncológico de pacientes com TMC seria a existência de esperança entre aqueles acometidos por ambas as condições.[24] Entende-se que a falta de apoio reforça a desesperança e a ocorrência de depressão.[26] A prática da religião não apenas exprime caráter subjetivo de enfrentamento da doença como maior percepção de felicidade, afeto positivo e sensação de bem-estar em relação aos transtornos mentais comuns associados; mas também, atua diretamente em variáveis consideradas fatores de risco para a ocorrência desses transtornos, como isolamento social, vergonha e culpa. A fé associada ao tratamento aparece, portanto, com positividade, constituindo atitudes de enfrentamento que podem estar relacionadas à menor ocorrência de agravos à saúde mental.[26] Finalmente, foi observado que altos escores para depressão e escores mais baixos para domínio físico e qualidade de vida, foram relacionados à maior busca pela espiritualidade, assim como, quanto maior o bem-estar espiritual ou religioso, maior a qualidade de vida.[26]

Foi sugerido pela literatura que uma média de tempo de tratamento do câncer de 15 meses, apresenta influência na percepção de saúde global do paciente,[24] bem como insônia foi majoritariamente encontrada em pacientes com tempo de tratamento acima de 24 meses.[27] Os desgastes ocasionados durante o processo de tratamento, como os efeitos colaterais dos medicamentos e a crença no retorno do câncer podem ocasionar uma maior fragilidade emocional o que facilita o aparecimento de diversas psicopatologias e mostra a necessidade de um suporte mental importante nesta fase.[24] Esse estudo identificou um tempo médio de tratamento oncológico de 28 meses, mas esse tempo para a maioria dos pacientes foi de até 12 meses, o que pode ter influenciado na percepção global de saúde e determinado os resultados sem significância estatística.[24]

Sabe-se que a quimioterapia age não apenas nas células tumorais, como também nas células saudáveis do organismo, o que está relacionado a efeitos colaterais que diminuem por si a qualidade de vida dos pacientes oncológicos - e, mais que isso, misturam-se aos achados sintomatológicos de pacientes com TMC como fadiga, insônia, desequilíbrio emocional e perda de apetite.[28] A prevalência maior de transtornos mentais em pacientes com a localização do sítio primário no TGI pode estar implicada com o agravamento da desnutrição, à qual está relacionada diretamente à morbimortalidade e às alterações emocionais.[29,30]

Apesar do uso significativo de benzodiazepínicos, nesse estudo, a insônia se apresentou como o escore mais elevado, corroborando com a literatura sobre os impactos na qualidade do sono dos pacientes oncológicos.[31] Dessa forma, é possível correlacionar a insônia pré-existente com os TMC desenvolvidos diante do quadro oncológico, da mesma forma que se pode traçar um paralelo entre os usuários dessas drogas, a faixa etária prevalente, a coexistência de comorbidades e o tratamento oncológico, uma vez que a diminuição da atividade física e a menor interação social estão diretamente relacionadas à prevalência de transtorno de insônia nessa população.[32] Um outro estudo buscou associar o sono não reparador com menor controle do processo de dor. Maior intensidade da dor implicou em menor busca por tratamentos não farmacológicos, menores níveis de atividade física, maior uso de medicamentos para controle da dor e, consequentemente, menor qualidade de vida.[32]

A dor se constitui como um dos sintomas mais identificados nos pacientes oncológicos, sobretudo nos estágios avançados de câncer. Tal sintoma possui relação direta com a qualidade de vida, uma vez que a dor pode ser um fator limitante na realização das atividades de vida diária, e por ser um sintoma subjetivo, muitas vezes se torna um desafio tratá-lo.[31,33] A realização de cirurgia parece estar relacionada ao menor relato de dor pelos pacientes.[27] Neste trabalho a realização de cirurgia esteve relacionada a melhor desempenho físico, mas não apresentou diferença com relação à ocorrência de dor.

A fadiga também se apresenta como um sintoma comum em pacientes oncológicos, sobretudo naqueles em tratamento com quimioterapia e radioterapia.[34] Nessa pesquisa foi encontrado um menor escore de fadiga e maior funcionamento físico em pacientes com escolaridade superior. Nesses pacientes isso pode ter relação com nível de conhecimento e de cultura, que auxiliam no acesso a informações, atividades e até mesmo na busca de estratégias que ajudam a se adaptar melhor ao tratamento.[35]

Esse estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, embora a análise conjunta do SRQ-20 com QLQ-C30 tenha sido estatisticamente significante, pode ser que os sintomas do câncer e dos efeitos colaterais do tratamento tenham se sobreposto aos sintomas de ambos os questionários. Maior confiabilidade dos diagnósticos poderia ser alcançada com a realização de uma análise adicional do quadro psíquico de uma subamostra de pacientes (cerca de 20%) por um psiquiatra independente. Em segundo lugar, durante a pandemia do Sars-Cov-2 dentre as comorbidades com potencial agravamento da infecção, os pacientes oncológicos em tratamento foram parte da população vulnerável, fator que também pode ter exacerbado quadros de sintomas psíquicos. Outra possível limitação foi o tamanho da amostra, devido a impossibilidade de coleta de dados durante alguns períodos, em que o acesso ao serviço de oncologia não era permitido por medidas de segurança. E, por fim, também é importante destacar que por se tratar de um estudo transversal não é possível atribuir relação de causalidade entre as variáveis analisadas.

CONCLUSÃO

A maior prevalência de TMC e uso de psicofármacos por mulheres idosas nesse estudo indica maior necessidade de acompanhamento dessas pacientes e maior vigilância quanto a utilização desses medicamentos, observando as indicações, as interações, e o risco de dependência.

Os resultados obtidos nesse estudo mostraram que as escalas funcionais e de sintomas no geral foram boas para esses pacientes, mas a presença de TMC teve impacto negativo em todas as variáveis avaliadas o que sugere observação mais atenta a esses pacientes para que seja oferecido tratamento adequado - integral e multidisciplinar - e consequente melhora de suas qualidades de vida. Em suma, é necessário desenvolver um olhar atento às condições de saúde mental dos pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249.
2. Mehnert A, Lehmann C, Graefen M, Huland H, Koch U. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. Eur J Cancer Care (Engl). 2010;19(6):736–45.
3. Osório FL, Lima MP, Chagas MHN. Screening tools for psychiatry disorders in cancer setting: Caution when using. Psychiatry Res. 2015;229(3):739–42.
4. Shirama FH, Silva TB, dos Santos JC, Oliveira PA, Oliveira JI, Borges TL, *et al.* Factors associated with common mental disorders and use of psychiatric drugs in cancer outpatients. Arch Psychiatr Nurs. 2019;33(5):88–93.
5. Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, Menezes MT, Silva TA, Faier TA, *et al.* Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. Rev Bras Cancerol. 2016;62(4):321–8.
6. Souza JA, Fortes RC. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos: Um Estudo Baseado em Evidências. Rev Divulg Científica Sena Aires. Jul-Dez 2012;(22):183–92.
7. Dalton SO, Laursen TM, Ross L, Mortensen PB, Johansen C. Risk for hospitalization with depression after a cancer diagnosis: A nationwide, population-based study of cancer patients in Denmark from 1973 to 2003. J Clin Oncol. 2009;27(9):1440–5.
8. Menezes RR, Kameo SY, Valença TS, Mocó GAA, Santos JMJS. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Espiritualidade em Pessoas com Câncer Quality of Life Related to Health and Spirituality in Individuals with Cancer. Rev Bras Cancerol. 2018;64(1):9–17.
9. Hamer M, Chida Y, Molloy GJ. Psychological distress and cancer mortality. J Psychosom Res. 2009;66(3):255–8.
10. Lopes AB, Guimarães IV, Melo IMV, Teixeira LS, Silva SVV, Silva MH, *et al.* Factors modifying quality of life of oncological pacients under chemotherapy. Rev Med Minas Gerais. 2016;26(Supl 3):41–6.
11. Harding TW, Climent CE, Arango MV, Baltazar J, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L, *et al.* Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychol Med. 1980;10(2):231–41.
12. Mari JDJ, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire. Br J Psychiatry. 1986;148:23–7.
13. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saude Publica. 2008;24(2):380–90.
14. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, *et al.* The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993;85(5):365–76.
15. Paiva EMC, Moraes CM, Brito TRP, Lima DB, Fava SMCL, Nascimento MC. Perfil dos atendimentos oncológicos de uma macrorregião de saúde brasileira. Av Enferm. 2020;38(2):149-158.
16. Santos GBV, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2019;35(11):e00236318.
17. Liu L, Jia L, Jian P, Zhou Y, Zhou J, Wu F, *et al.* The Effects of Benzodiazepine Use and Abuse on Cognition in the Elders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. Front Psychiatry. 2020 Sep;11:755.
18. Zayat CG, Azevedo IM, Domenico EBL, Bergerot CD. Fatores Preditores de Sintomas Emocionais e Físicos Reportados por Pacientes Oncológicos. Psicol Teor e Pesqui. 2021 Aug;37:1–7.
19. Salvetti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AM. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. Rev Bras Enferm. 2020 Feb;73(2):e20180287.
20. Lewis G, Marston L, Duffy L, Freemantle N, Gilbody S, Hunter R, *et al.* Maintenance or Discontinuation of Antidepressants in Primary Care. N Engl J Med. 2021 Sep;385(14):1257–67.
21. Borges TL, Miasso AI, Vedana KGG, Filho PCPT, Hegadoren KM. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. Acta Paul Enferm. 2015;28(4):344–9.
22. Tseng LY, Huang ST, Peng LN, Chen LK, Hsiao FY. Benzodiazepines, z-Hypnotics, and Risk of Dementia: Special Considerations of Half-Lives and Concomitant Use. Neurotherapeutics. 2020 Jan;17(1):156.
23. Lowton K, Chiba G. Assessing the clinical utility of the severity dependence scale for benzodiazepine use disorder. S Afr J Psychiat. 2021;27(0), a1571.
24. Silva NM, Santos MA, Oliveira RAA, Storti LB, Souza IMO, Formighieri PF, *et al.* Idosos em Tratamento Quimioterápico: Relação entre Nível de Estresse, Sintomas Depressivos e Esperança. Psicol Teor e Pesqui. 2019 Dec;35.
25. Matoso LBBMM, Boing L, Korpalski T, Dias M, Moratelli J, Fausto DY, *et al.* Relationship of fatigue with depressive symptoms and level of physical activity in women with breast cancer diagnosis. Rev Bras Cineantropometria Desempenho Hum. 2020 Apr;22:1–14.
26. Miranda SL, Lana MAL, Felippe WC. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. Psicologia: Ciência e Profissão, 2015;35(3):870–85
27. Carlos EA, Borgato JA, Garbuio DC. Evaluation of the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. Rev Rene. 2022;23:e71133.
28. Silveira FM, Wysocki AD, Mendez RDR, Pena SB, Santos EM, Malaguti-Toffano S, *et al.* Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. Acta Paul Enferm. 2021;34:1–9.
29. Hamauchi S, Furuse J, Takano T, Munemoto Y, Furuya K, Baba H, *et al.* A multicenter, open-label, single-arm study of anamorelin (ONO-7643) in advanced gastrointestinal cancer patients with cancer cachexia. Cancer. 2019 Dec;125(23):4294–302.
30. Vieira AR, Fortes RC. Qualidade de vida de pacientes com câncer gastrointestinal. Com. Ciências Saúde. 2015;26(1/2):45-56.
31. Mello IR, Guimarães NMJ, Monteiro LS, Taets GCC. Cluster de Sintomas e o Impacto na Qualidade de Saúde Global de Pacientes com Câncer Avançado. Rev Bras Cancerol. 2021;67(3):1–8.
32. Rodrigues AC, Cunha AMR, Forni JEN, Dias LAC, Condi PR, Martins MRI. Factors that influence the quality of life in neuropathic, musculoskeletal, and oncological pain. BrJP. 2021;4(1):31–6.
33. Silva IBS, Lima Júnior JRM, Almeida JS, Cutrim DSP, Sardinha AHL. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes

Oncológicos em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia 2020; 66(3): e-121122

34. Salvetti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AM. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):1–7.
35. Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado MTS, Barreiro VB, Martín CG. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and aftertreatment. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25:e2958.