

# The impact of chronic pain on the quality of life and on the functional capacity of cancer patients and their caregivers

*O impacto da dor crônica na qualidade de vida e na capacidade funcional de pacientes oncológicos e de seus cuidadores*

Juliana Martins Izzo<sup>1</sup>, Ana Marcia Rodrigues Cunha<sup>2</sup>, Claudia Bernardi Cesarino<sup>3</sup>, Marielza Regina Ismael Martins<sup>4</sup>

DOI 10.5935/2595-0118.20190062

## ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Pain for cancer patients might represent a worsening prognosis, decreased autonomy, well-being and quality of life, affecting all spheres of life of cancer patients and their repercussions on caregivers. Therefore, this study aimed to evaluate the impact of chronic pain on the quality of life and functional capacity of cancer patients and their caregivers.

**METHODS:** Eleven caregivers and 15 cancer patients from a Pain Clinic were evaluated. To assess the functional capacity of the patients, we used the physical and instrumental activities of daily living scale and, for quality of life, we used the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, which indicated impairment in social and emotional functions and prevalence of symptoms fatigue and insomnia.

**RESULTS:** The average of the instrumental activities of daily living scores indicated a semi-dependence of the patients. There was a female predominance in patients (60%) and caregivers (72.2%). The average pain by the visual analog scale was 6.8. The Zarit Caregiver Overload Scale indicated that 36.3% of caregivers had moderate to severe overload and a positive correlation between functional capacity and overload ( $p=0.003$ ).

**CONCLUSION:** The presence of chronic pain impacts, negatively and significantly, the quality of life and functional capacity of cancer patients extending this impact to the caregiver.

**Keywords:** Cancer pain, Caregivers, Quality of life.

## RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** A dor para o paciente oncológico pode representar agravamento do prognóstico, diminuição da autonomia, do bem-estar e qualidade de vida, afetando todas as esferas da vida do paciente com câncer e sua repercussão no cuidador. Assim, este estudo objetivou avaliar o impacto da dor crônica na qualidade de vida e na capacidade funcional de pacientes oncológicos e de seus cuidadores.

**MÉTODOS:** Foram avaliados 11 cuidadores e 15 pacientes oncológicos de uma Clínica da Dor. Para avaliar a capacidade funcional dos pacientes, foi utilizada a escala de atividades físicas e instrumentais da vida diária e, para a qualidade de vida, foi utilizado o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*, que indicou prejuízo nas funções social e emocional e prevalência dos sintomas fadiga e insônia.

**RESULTADOS:** A média dos escores das atividades básicas e instrumentais da vida diária indicaram semi-dependência dos pacientes. Houve predominância feminina em pacientes (60%) e cuidadores (72,2%). A média de dor pela escala analógica visual foi 6,8. A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, indicou que 36,3% dos cuidadores apresentaram de moderada a grave sobrecarga e correlação positiva entre capacidade funcional e sobrecarga ( $p=0,003$ ).

**CONCLUSÃO:** A presença de dor crônica impacta de forma negativa e significativa a qualidade de vida e a capacidade funcional dos pacientes com câncer, estendendo esse impacto para a figura do cuidador.

**Descritores:** Cuidadores, Dor do câncer, Qualidade de vida.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a dor associada às neoplasias uma emergência médica mundial<sup>1</sup>. Em oncologia, constitui uma das queixas mais frequentes e um dos fenômenos mais temidos entre os pacientes com câncer. Isso se torna ainda mais relevante na medida em que esses pacientes enfrentam impacto emocional adverso e desconfortos em todas as fases da doença, desde os exames diagnósticos até os procedimentos terapêuticos convencionais<sup>2</sup>.

Juliana Martins Izzo - <https://orcid.org/0000-0003-2174-2233>;  
Ana Marcia Rodrigues Cunha - <https://orcid.org/0000-0001-9503-6337>;  
Claudia Bernardi Cesarino - <https://orcid.org/0000-0002-8701-9163>;  
Marielza Regina Ismael Martins - <https://orcid.org/0000-0002-1140-7581>.

1. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Acadêmica de Medicina, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
2. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Hospital de Base, Clínica da Dor, Departamento de Anestesiologia, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
3. Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
4. Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto, Departamento de Ciências Neurológicas, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Apresentado em 23 de julho de 2019.

Aceito para publicação em 11 de outubro de 2019.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: Bolsa de Iniciação Científica /CNPq.

### Endereço para correspondência:

Avenida Brigadeiro Faria Lima 5416  
Departamento de Ciências Neurológicas  
15090-000 São José do Rio Preto, SP, Brasil.  
E-mail: marielzamartins@famcrp.br

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

A natureza multidimensional da dor oncológica é identificada como Dor Total<sup>3</sup>. Nessa conceituação, leva-se em consideração não apenas a dimensão do sofrimento físico, como também as consequências emocionais, sociais e espirituais da exposição à experiência de dor. O conceito de Dor Total inclui a avaliação dos aspectos físicos (lesões e progressão da doença e reação aos tratamentos), psicológicos (depressão, mudança de humor, apatia), sociais (relacionamentos sociais prejudicados, isolamento e desmotivação), e espirituais (alteração na relação dos indivíduos com suas crenças, princípios e valores, questionamentos quanto à fé e ao sentido da vida, sentimentos de desamparo e desesperança)<sup>3</sup>.

Cerca de 50% das pessoas com câncer apresentam dor durante o tratamento, sendo 10 a 15% com intensidade relevante já no estágio inicial<sup>4</sup>. Com o aparecimento de metástases, a prevalência de dor aumenta de 25 a 30% e, nas fases avançadas da doença, de 60 a 90%. A dor é o sintoma mais frequente da doença oncológica em fase avançada<sup>2,4</sup>. Para o paciente oncológico, a dor pode representar agravamento do prognóstico ou morte próxima, diminuição da autonomia, diminuição do bem-estar e qualidade de vida, ameaça de aumento do sofrimento físico e desafio à dignidade. Ademais, pode prejudicar as funções cognitivas, as atividades diárias, físicas e sociais, o apetite e o sono, que é interrompido pela dor em 58% dos pacientes<sup>5</sup>.

A experiência de dor crônica é impactante não apenas para o paciente, mas também para as pessoas que o rodeiam, como familiares, amigos, cuidadores e a equipe que o trata<sup>6</sup>. Provoca repercussões nas esferas social, emocional e espiritual, como restrição nas atividades de trabalho e lazer, maior ônus financeiro, sofrimento psíquico frente ao desconforto de um ente querido e questionamentos de natureza metafísica, entre outros<sup>6,7</sup>.

Apesar da alta incidência em pacientes com câncer, sobretudo nos pacientes em fase avançada da doença, um dos maiores desafios é o fato da dor ser, ainda, mal diagnosticada. Isso ocorre devido a vários fatores, a exemplo da falta de qualificação para o manuseio eficiente por parte dos profissionais da saúde, os quais, frequentemente, subestimam ou negligenciam a dor do paciente, o uso de estratégias ineficazes de avaliação e dificuldade ou relutância dos pacientes em expressar suas dores. Além disso, a falta de adesão associa-se à preocupação do paciente em ficar dependente de fármacos analgésicos e o receio de seus efeitos adversos<sup>8</sup>.

Assim, o presente trabalho justifica-se pela importância de se elucidar os impactos da dor prolongada em todas as esferas da vida do paciente com câncer e sua repercussão no cuidador, tendo em vista que o esclarecimento desses impactos pode ser decisivo para a eficiência e aceitação por parte do paciente dos procedimentos terapêuticos, bem como para promover o bem-estar físico e emocional para o paciente e para as pessoas que o rodeiam, incluindo os seus cuidadores.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório realizado no Serviço de Clínica da Dor do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Neste estudo, foram incluídos pacientes diagnosticados com dor crônica oncológica e seus cuidadores. Os critérios de inclusão dos pacientes foram a presença de dor crônica com duração mínima de 6 meses e intensidade maior ou igual a 3 (triados pela escala analógica visual – EAV)<sup>9</sup>, além de concordar em participar do estudo

através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos pacientes que apresentaram déficits sensoriais ou cognitivos limitantes (triados pelo teste Mini Mental)<sup>10</sup>, além da recusa em participar. Para os cuidadores, o critério de inclusão foi o de exercer a função de cuidar de um paciente com dor crônica oncológica há pelo menos 6 meses e aceitar o TCLE do Cuidador. Foram excluídos aqueles que se recusaram a participar.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista clínica e sociodemográfica aplicada em paciente e cuidador, assim como a escala de atividades física e instrumental da vida diária (OARS)<sup>11</sup> para avaliar a capacidade funcional de ambos. Para avaliar a qualidade de vida dos pacientes, foi utilizado o questionário de qualidade de *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLQ-C30)<sup>12</sup> e a sobrecarga do cuidador foi avaliada com a Escala de Sobrecarga do Cuidador de (ZBI)<sup>15</sup>. A amostra foi de 15 pacientes e 11 cuidadores que foram estimados através do cálculo amostral de 5% (erro=0,05) e com um grau de confiabilidade de 95% ( $\alpha=0,05$  que forneceu  $z_{0,05/2}=1,96$ ), considerando a proporção verdadeira como de 50% ( $p=0,50$ ). O tamanho da amostra foi calculado com base no total de pacientes que realizavam acompanhamento clínico na Clínica da Dor de um hospital escola, sendo o n total de 20 pacientes/mês com dor oncológica.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP, sob o protocolo de código CAEE 86689518.8.0000.5415. A participação no estudo foi voluntária e efetivada mediante a assinatura do TCLE. Os participantes foram informados quanto aos seus direitos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Análise estatística

Foi utilizado o aplicativo SPSS (Statistical Package for Social Science)<sup>\*</sup>. Com o intuito de atingir os objetivos propostos, foi necessária a aplicação de duas técnicas estatísticas. Para a análise de correlação foi utilizado o teste *t* de Student e, a análise do instrumento EORTC QLQ-C30 foi realizada conforme instrução fornecida pelo grupo responsável pela padronização do instrumento no Brasil<sup>12</sup>.

## RESULTADOS

Foram avaliados 15 pacientes com dor crônica oncológica que se encontravam em tratamento na Clínica de Dor do Ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Na tabela 1, estão descritas as características sociodemográficas e clínicas desses pacientes. Em relação à capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária, obtida pela escala “OARS”, a média das pontuações pode ser observada na tabela 2.

Em relação às atividades instrumentais, 60% (n=9) dos pacientes referiram ser incapaz de fazer limpeza e arrumação de casa, enquanto 20% (n=3) alegaram precisar de alguma ajuda e 20% (n=3) realizavam a tarefa sem ajuda. Nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,048$ ), enquanto nas atividades físicas de vida diária (AFVD) isso não ocorreu ( $p=0,052$ ). Quando questionados sobre as atividades como a de realização de compras, 25% (n=4) se consideraram incapaz de fazê-las, 60% (n=9) necessitavam de alguma ajuda e, 15% (n=2) realizavam sem nenhuma ajuda (Figura 1).

Note que os três sintomas com maiores escores foram: fadiga (49,5), insônia (37,4) e perda do apetite (30,6). Estratificando o grupo por sexo, na tabela 3, foi possível observar que os pacientes do sexo feminino apresentaram melhores médias nas escalas de saúde global e desempenho de papéis, enquanto o masculino em função cognitiva (Tabela 3 e 4).

Com relação aos cuidadores, foram verificadas suas características sociodemográficas e clínicas, além de sua sobrecarga e capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária (Tabelas 5 e 6). Na correlação entre idade, AIVD, AFVD e sobrecarga do cuidador, neste cruzamento de dados, ocorreu uma correlação positiva entre eles, isto é, quanto maior a idade, maior a percepção da sobrecarga, menor o índice AIVD ( $p=0,003$ ). Não houve correlação entre sexo, AFVD e escolaridade ( $p=0,75$ ), pois nesses casos não houve uma diferença significativa ( $p$ -valor  $<0,05$ ) da sobrecarga entre as categorias.

**Tabela 1.** Caracterização socioeconômica e clínica dos pacientes do estudo (n=15)

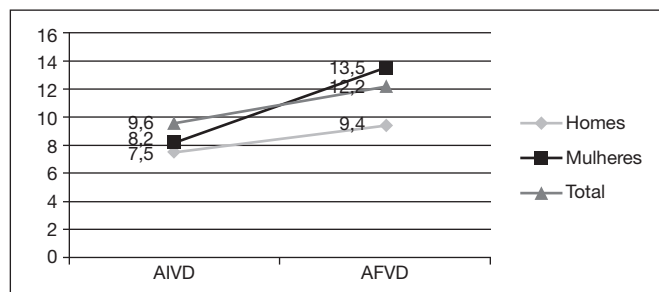
Variáveis	% e n	Média ± DP
<b>Sexo</b>		
Feminino	60 (n=9)	
Masculino	40 (n=6)	
<b>Média de idade (anos)</b>		60,7±9,5
Feminino	64,6±8,8	
Masculino	54,8±7,7	
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	20 (n=3)	
Casado(a)	53,4 (n=8)	
Viúvo(a)	13,3 (n=2)	
Separado (a)	13,3 (n=2)	
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	60 (n=9)	
Ensino fundamental completo	13,3 (n=2)	
Ensino médio incompleto	6,7 (n=1)	
Ensino médio completo	13,3 (n=2)	
Ensino superior incompleto	6,7 (n=1)	
<b>Renda familiar</b>		
1 a 2 SM	73,3 (n=11)	
3 a 4 SM	6,7 (n=1)	
Não informado	20 (n=3)	
<b>Etilista</b>	6,7 (n=1)	
<b>Tabagista</b>	6,7 (n=1)	
<b>Quantas vezes procurou o Serviço de Emergência em 6 meses</b>		2,2±1,08 vezes
<b>Média de consultas médicas nos últimos 12 meses</b>		3,4±0,9 vezes
<b>Escala analógica visual</b>		
Mulheres		7,1±1,9
Homens		6,8±1,7
Total		6,8±1,9
<b>Possui cuidador</b>		
Sim	66,6 (n=11)	
Não	33,4 (n=4)	
<b>Situação laboral</b>		
Ativo	60 (n=9)	
Inativo (aposentado(a))	40 (n=6)	

SM = salário mínimo.

**Tabela 2.** Média das pontuações da escala de atividade física e instrumental da vida diária OARS de pacientes e cuidadores

Domínios	Grupos	n	Média±DP	Valor de p
Atividade instrumental de vida diária	Paciente	11	9,54±3,44	0,048*
	Cuidador	7	13,4±1,5	
Atividade física da vida diária	Paciente	11	12,45±1,86	0,052
	Cuidador	7	14±0,0	

\*Valor estatisticamente significativo –  $p>0,05$ . Teste t de Student.



**Figura 1.** Média dos escores relacionados às atividades instrumentais da vida diária e atividades físicas da vida diária

**Tabela 3.** Média e desvio padrão (±) dos escores das escalas do instrumento de qualidade de vida, EORTC QLQ30, dos pacientes atendidos na Clínica da Dor (n=15)

<b>Escalas funcionais</b>	
Função física	54,0±21,4
Desempenho de papéis	56,8±32,5
Função emocional	53,7±15,5
Função cognitiva	72,4±23,9
Função social	52,6±14,4
<b>Escalas de sintomas</b>	
Fadiga	49,5±19,8
Náusea/vômito	19,1±12,4
Dor	27,5±25,4
Dispneia	10±21,4
Insônia	37,4±22,5
Perda do apetite	30,6±13,9
Constipação	22,0±16,4
Diarreia	12,5±23,8
Dificuldades financeiras	25,5±21,4
<b>Saúde global de qualidade de vida</b>	58,4±22,0

**Tabela 4.** Associação entre as médias dos escores de qualidade de vida e sexo dos pacientes (n=15)

Itens da escala	Média ± DP	Valor de p
<b>Saúde global de qualidade de vida</b>		
Feminino	62,4±12,2	0,034*
Masculino	51,7±9,8	
<b>Desempenho de papéis</b>		
Feminino	59,1±11,2	0,042*
Masculino	49,8±10,5	
<b>Função cognitiva</b>		
Feminino	62,8±9,9	0,038*
Masculino	79,5±11,2	

\*Teste Qui-quadrado –  $p<0,05$ : diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 5.** Características socioeconômicas e clínicas dos cuidadores (n=11)

Variáveis	% e n	Média e DP (±)
<b>Sexo</b>		
Feminino	72,2 (n=8)	
Masculino	27,8 (n=3)	
<b>Média de idade (anos)</b>		
Feminino	42±14,3	48,07±16,07
Masculino	64,3±4,9	
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	17,9 (n=2)	
Casado(a)	72,2 (n=8)	
Viúvo(a)	9,9 (n=1)	
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	27,2 (n=3)	
Ensino Fundamental completo	9,9 (n=1)	
Ensino médio incompleto	16,7 (n=2)	
Ensino médio completo	36,3 (n=4)	
Não alfabetizado	9,9 (n=1)	
<b>Renda familiar</b>		
1 a 2 SM	72,2 (n=8)	
3 a 4 SM	9,9 (n=1)	
Não informado	16,9 (n=2)	
<b>Etilista</b>		
	0	
<b>Tabagista</b>		
	9,9 (n=1)	
<b>Quantas vezes procurou o Serviço de Emergência em 6 meses</b>		
		1,4±0,68 vezes
<b>Média de consultas médicas nos últimos 12 meses</b>		
		2,7±1,0 vezes
<b>Situação Laboral</b>		
Ativo	63,7 (n=7)	
Inativo (aposentado(a))	36,3 (n=4)	

**Tabela 6.** Média dos escores relacionados às atividades instrumentais da vida diária e atividades físicas da vida diária, avaliados pela Escala "OARS" e a sobrecarga pela escala de Zarit, dos cuidadores do estudo (n=11)

Instrumentos	Média e DP (±)	% e n
<b>Escala "OARS"</b>		
Atividade instrumental de vida diária	13±2,3	
Atividade física da vida diária	14,0±0	
<b>Escala de sobrecarga – ZBI</b>		
Leve		63,7 (n=7)
Moderada		18,15 (n=2)
Grave		18,15(n=2)

## DISCUSSÃO

Os dados indicam prevalência de 60% de mulheres entre os pacientes que procuram acompanhamento nos serviços de Clínica da Dor, *versus* 40% de homens. A incidência de câncer entre ambos os sexos é considerada similar em países desenvolvidos, porém nos países em desenvolvimento, como o Brasil, alguns estudos encontraram prevalência no sexo feminino de até 25% maior<sup>14</sup>. Na amostra em questão, essa diferença chega a 50%, valor que está em consonância com o fato de que o cuidado não é visto como uma prática masculina<sup>15</sup>.

No que tange à média de idade (60,7 anos), os números encontrados estão de acordo com os dados da *American Cancer Society*, isto é,

77% dos cânceres são diagnosticados em indivíduos a partir de 55 anos. Essa média de idade mais elevada justifica-se pois o envelhecimento está ligado ao aumento da incidência de câncer devido a diversas alterações fisiológicas relacionadas à idade<sup>16</sup>.

Os dados de escolaridade (60% dos pacientes apresentaram ensino fundamental incompleto) e de renda (72,2% dos pacientes recebem até 2 salários mínimos) estão de acordo com estudos que indicam uma maior utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) pela população com menor nível de escolaridade e menor renda. A maior probabilidade de utilização do SUS por indivíduos com menor escolaridade e menor renda familiar *per capita* indica o atendimento, pelo sistema público, dos grupos com inserção social mais precária, cumprindo as expectativas relativas ao desempenho dessa política pública<sup>17</sup>. Ademais, o baixo nível de escolaridade presente nesta amostra, evidentes também em outras pesquisas envolvendo pacientes oncológicos<sup>18</sup>, revela um cenário de preocupação, uma vez que estudos indicam que a baixa escolaridade está relacionada a diagnósticos tardios e a piores padrões de cuidados à saúde em geral, inclusive resultando em maior mortalidade<sup>19</sup>.

Com relação aos resultados da EAV, a média foi de 6,8, indicando dor de moderada a intensa para os pacientes. É importante ressaltar que a maioria dos pacientes que realizam tratamento na Clínica da Dor fazem uso rotineiro e prescrito de um ou mais fármacos para controle da dor. Portanto, salienta-se que, apesar do tratamento farmacológico, a dor permaneceu com intensidade significativa como fator de agravo à qualidade de vida desses pacientes.

Estudos relatam que o não controle da dor pode ocorrer devido a fatores como a potência dos analgésicos utilizados ser inferior à intensidade da dor (índice de controle da dor negativo), esquemas analgésicos propostos não serem compatíveis ou serem compatíveis com restrições ao padrão da escada analgésica da OMS, ou ainda a utilização incorreta dos fármacos pelos pacientes, os quais utilizam-nos apenas em situações de agravo da dor<sup>20</sup>.

Dos pacientes, 66,6% indicaram que possuem uma pessoa que atua como seu cuidador. A importância do cuidador na assistência à saúde do paciente oncológico é imprescindível. O cuidador fornece cuidados diretos, como administração de fármacos, higiene e alimentação, e indiretos, acompanhando-o em todas as etapas da doença<sup>21</sup>. Com relação à capacidade funcional, os resultados obtidos em relação às AIVD (como usar o telefone, tomar condução para viajar, fazer compras, preparar refeições, fazer limpeza, tomar fármacos e lidar com finanças) foram 8,2 para mulheres e 7,5 para homens, numa escala de valores de zero a 14. De acordo com a classificação proposta, esses números indicam um nível de independência intermediário para AIVD, resultado respaldado por pesquisas que apontam a capacidade funcional alterada em pacientes oncológicos devido à semi-dependência para as atividades de vida diária, justificada por desempenhos anormais na autonomia e independência<sup>22</sup>.

Ainda com relação à capacidade funcional, os resultados obtidos em relação às AFVD (como tomar as próprias refeições, vestir/tirar as roupas, cuidar da aparência, andar/caminhar, deitar/levantar da cama, tomar banho e conseguir chegar ao banheiro a tempo quando necessário) foram 13,5 para mulheres e 9,4 para homens, numa escala de valores de zero a 14. Com base nesses números, as mulheres foram consideradas com alto grau de independência funcional,

enquanto os homens apresentaram grau significativamente menor de independência.

Não foram encontrados estudos que respaldem esses achados e justifiquem essa diferença, menos sensível nas AIVD. De todo modo, contrariamente aos dados achados, alguns estudos indicam que as mulheres idosas são normalmente mais dependentes nas AIVD que os homens<sup>23,24</sup>, apresentando menor qualidade de vida<sup>23,24</sup> e maior chance de incapacidade<sup>25</sup>.

Quanto à qualidade de vida, analisada pelo questionário EORTC QLQ30, a função social foi a mais afetada (52,6), seguida pela função emocional (53,7), física (54,0), desempenho de papéis (56,8) e, por fim, cognitiva (72,4). Esses resultados foram parcialmente corroborados pelo Manual de Valores de Referência Global do EORTC QLQ-C30, de 2008, no sentido de que a função cognitiva permanece como sendo a menos afetada, e a emocional como a segunda mais afetada. Quanto aos sintomas, os três sintomas com maiores escores foram fadiga (49,5), insônia (37,4) e perda do apetite (30,6). Novamente, esses resultados foram parcialmente corroborados pelo Manual de Valores de Referência, que indica como sintomas mais frequentes, em ordem decrescente, fadiga, insônia e dor.

A fadiga foi relatada pelos pacientes oncológicos como o sintoma mais comum, em todas as fases da doença<sup>26</sup>. No entanto, não há ainda consenso quanto à sua definição, somente quanto à sua natureza multicausal<sup>27</sup>. É um sintoma bastante debilitante, que limita significativamente as atividades diárias e reduz a capacidade de trabalho. Apesar disso, ao contrário de outros sintomas, sobretudo a dor, não se conhecem intervenções efetivas para o controle e manuseio da fadiga, aumentando ainda mais seu potencial incapacitante<sup>28</sup>.

Quando analisados por sexo, houve diferença estatisticamente significativa nos escores de Saúde Global de QV (média de 62,4 para mulheres e 51,7 para homens), desempenho de papéis (59,1 para mulheres e 49,8 para homens) e função cognitiva (62,8 para mulheres e 79,5 para homens).

Uma pesquisa focada nas diferenças de sexo quanto ao enfrentamento do câncer<sup>29</sup> revelou resultados significativos para o entendimento dessas diferenças observadas no presente estudo. Os homens, diante de um diagnóstico de câncer, assumem uma postura de autocontrole, suprimindo manifestações emocionais para cumprir com seu papel social de resolução rápida de problemas. Talvez essa postura seja decisiva para a manutenção de um maior escore da função cognitiva do homem em relação à mulher. Por outro lado, as mulheres assumem uma estratégia de enfrentamento mais positiva emocionalmente, buscando o apoio social e ajuda física, de modo a tornar o peso da doença mais suportável<sup>29</sup>.

No que diz respeito aos cuidadores entrevistados nesta pesquisa, houve prevalência feminina (72,2% são mulheres, versus 27,8% de homens). A média de idade foi de 48, anos (42 anos para mulheres, enquanto para os homens foram 64,3 anos). O estado civil prevalente foi casado (72,2% dos entrevistados). Os dados de sexo, idade e estado civil são corroborados pela literatura existente, que aponta que as mulheres adultas e casadas, geralmente esposas, filhas ou irmãs do paciente, compõem o perfil predominante dos cuidadores<sup>30</sup>.

Esse recorte de gênero, especificamente, condiz com o que os estudos atestam quanto à construção social e cultural de que são as mulheres quem, historicamente, têm a função de cuidadora dos filhos, dos pais e da família<sup>31</sup>.

Dos cuidadores, 72,2% apresentaram renda de até 2 salários mínimos e 63,7% apresentaram situação laboral ativa. Esses números indicam que o papel de cuidador pode vir a interferir na situação financeira pessoal e familiar do indivíduo, contribuindo para um cenário de sobrecarga. No estudo de Siegel et al.<sup>28</sup>, 48% dos cuidadores tiveram algum tipo de suporte financeiro e 25% utilizaram suas economias ou pegaram algum empréstimo; de modo adicional, entre os 79% de cuidadores que estavam trabalhando, o principal ônus relatado foi o financeiro.

Muitos cuidadores precisam abdicar total ou parcialmente de seu trabalho, ao precisar faltar repetidas vezes para acompanhar o paciente em consultas ou sessões do tratamento, ou precisar dar atenção e cuidado integral ao paciente. Nesse sentido, novamente é a mulher que acaba priorizando a dedicação total ao cuidado, prejudicando assim não somente as atividades profissionais, mas também sua vida social e lazer, ocorrendo uma sobrecarga estressante de cuidados ininterruptos e diários<sup>32,33</sup>.

Com relação à escala de ZBI, os resultados foram: sobrecarga leve para 63,7% dos entrevistados, moderada para 18,15% e grave para 18,15%. Houve correlação positiva entre idade, AIVD e sobrecarga: quanto maior a idade do cuidador, maior a percepção de sobrecarga e menor o índice AIVD. A escala de ZBI avalia, sobretudo, a sobrecarga subjetiva dos cuidadores, ou seja, a sua percepção da situação. Dessa forma, escores mais baixos são comuns e presentes em outros estudos<sup>34</sup>. A explicação para isso, como mostram estudos na área de psicologia<sup>35</sup>, podem ser estratégias de enfrentamento relacionadas ao controle de suas reações emocionais.

## CONCLUSÃO

O conjunto de resultados apresentados permitiu concluir que a presença de dor crônica impacta de forma negativa e significativa a qualidade de vida e a capacidade funcional dos pacientes com câncer. Esse impacto é maior nas AIVD, resultando em um quadro de semi-dependência desses pacientes, sobretudo dos homens.

Foi possível concluir ainda que esse impacto se estende também à figura do cuidador. Cuidadores com idade mais avançada, com relativa incapacidade funcional, demonstraram uma percepção de sobrecarga maior.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Pain in children with cancer: The World Health Organization - IASP guidelines. *Cancer Pain Relief*. 1999;12(1).
2. Micu EC, Irsay L. The rehabilitation of oncological patients presenting neuropathies. *Clujul Med*. 2014;87(2):67-72.
3. Mendes TR, Boaventura RP, Castro MC, Mendonça MA. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(4):356-61.
4. Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, et al. SMILE consortium team. Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(4):514-22.
5. Graner KM, Costa Junior AL, Rolim GS. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas Psicol*. 2010;18(2):345-55.
6. Almeida D, Silveira S, Godinho S, Zeferino M, Bortucan N. Palliative care: perception of caregivers of the elderly in cancer treatment. *Rev Saude*. 2017;43(2):55-62.
7. Lenza NDFB. Primeiro ano de pós-operatório: significado para a pessoa com estoma intestinal por câncer colorretal [dissertação de doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2016.

8. Costa W, Monteiro M, Queiroz J, Gonçalves AK. Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*. 2017;72(12):758-63.
9. Pimenta CAM. Escalas de avaliação de dor. In: Teixeira MD (ed.) *Dor conceitos gerais*. São Paulo: Limay; 1994. 46-56p.
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
11. Fillenbaum GG, Smyer MA. The development, validity, and reliability of the OARS Multidimensional functional assessment questionnaire. *J Gerontol*. 1981;36(4):428-34.
12. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curral D, Bottomley A. On behalf of the EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual 3<sup>rd</sup> ed*. 2016;17(4):750-7.
13. Brabo EP. Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC 13 da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
14. Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *Int J Cancer*. 2002;97(1):72-81.
15. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-74.
16. Trinquinato I, Marques R, Ticona S, Betzabeth C, Antonietti C, Siqueira A. Gender differences in the perception of quality of life of patients with colorectal cancer. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2017;35(3):320-9.
17. Teker F, Demirag G, Erdem D, Kemal Y, Yucel I. Quality of life in colorectal cancer patients during chemotherapy in the era of monoclonal antibody therapies. *J BUON*. 2015;20(2):443-51.
18. Nayak M, George A, Vidyasagar M, Mathew S, Nayak S, Nayak B et al. Quality of Life among Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*. 2017;23(4):445-50.
19. Pinto FN, Barham EJ. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(3):525-39.
20. Prado IS. Experiência de sintomas em homens com câncer: sintomas relacionados a estresse e qualidade de vida. 102F. [Dissertação de mestrado em enfermagem]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
21. Knobf MT, Thompson AS, Fennie K, Erdos D. The effect of a community-based exercise intervention on symptoms and quality of life. *Cancer Nurs*. 2014;37(2):E43-50.
22. Saranath D, Khanna A. Current status of cancer burden: Global and Indian Scenario. *Biomed Res J*. 2014;1:1-5.
23. Pereira EE, Santos NB, Sarges ED. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado. *Rev Pan-Amazônica de Saúde*. 2014;5(4):37-44.
24. Borges E, Franceschini J, Costa L, Fernandes A, Jamnik S, Santoro I. Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *J Bras Pneumol*. 2017;43(1):18-23.
25. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):468-78.
26. Sanchez Kde O, Ferreira NM, Dupas, G, Costa DB. [Social support to the family of the cancer patient: identifying ways and directions]. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(2):290-9.
27. de Araújo Lamino D, Turrini RN, Kolcaba K. Cancer patients caregivers comfort. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):278-84.
28. Siegel K, Raveis VH, Houts P, Mor V. Caregiver burden and unmet patient needs. *Cancer*. 1991;68(5):1131-40.
29. Turkoglu N, Kilic D. Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2013;13(8):4141-5.
30. Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Care relationship between the Family caregiver and the elderly with Alzheimer. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):233-40.
31. Cardona D, Segura A, Berberí D, Agudelo M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(1):30-9.
32. Rodrigues JE, Machado AL, Vieira NF, Fernandes AF, Rebouças CB. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Cienc Enferm*. 2014;20(3):119-29.
33. Coppetti LC, Girardon-Perlini NMO, Andolhe R, Gutiérrez MGR, Dapper SN, Siqueira FD. Caring ability of family caregivers of patients on cancer treatment: associated factors. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3048.
34. Furtado ME, Leite D. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. *Interface*. 2017; 21(63):969-80.
35. Chae J, Lee CJ, Jensen JD. Correlates of cancer information overload: focusing on individual ability and motivation. *Health Commun*. 2016;31(5):626-34.