

Qualidade de Vida e Saúde Mental de Familiares de Pessoas em Tratamento Oncológico

Quality of Life and Mental Health of Family Members of People in Oncological Treatment
Calidad de Vida y Salud Mental de Familiares de Personas en Tratamiento Oncológico

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e analisar sua relação com sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pessoas em tratamento oncológico. **Método:** Estudo quantitativo, analítico-descritivo e transversal, realizado com 84 familiares de pacientes em tratamento oncológico em uma unidade de alta complexidade no interior da Bahia. Foram utilizados instrumentos para avaliação da qualidade de vida, ansiedade e depressão. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e testes de correlação e comparação entre grupos. **Resultados:** O índice geral de qualidade de vida foi satisfatório, com maior comprometimento nos domínios meio ambiente e psicológico. Sintomas de ansiedade e depressão foram identificados em parcela expressiva dos participantes e apresentaram correlação negativa com todos os domínios da qualidade de vida, especialmente os domínios físico e psicológico. **Conclusão:** Sintomas de ansiedade e depressão estão associados à pior qualidade de vida dos familiares, evidenciando a necessidade de ações voltadas ao cuidado integral e à saúde mental dessa população.

DESCRIPTORES: Oncologia; Qualidade de Vida; Ansiedade; Depressão; Cuidadores

ABSTRACT

Objective: To assess quality of life and analyze its relationship with symptoms of anxiety and depression among family members of patients undergoing cancer treatment. **Method:** A quantitative, descriptive-analytical, cross-sectional study was conducted with 84 family members of patients undergoing cancer treatment at a high-complexity facility in the interior of Bahia. Instruments were used to assess quality of life, anxiety, and depression. The data were analyzed using descriptive statistics, correlation tests, and between-group comparisons. **Results:** The overall quality of life index was satisfactory, with greater impairment in the environmental and psychological domains. Symptoms of anxiety and depression were identified in a significant proportion of the participants and showed a negative correlation with all domains of quality of life, especially the physical and psychological domains. **Conclusion:** Symptoms of anxiety and depression are associated with a poorer quality of life among family members, highlighting the need for interventions focused on comprehensive care and mental health for this population.

DESCRIPTORS: Oncology; Quality of Life; Anxiety; Depression; Caregivers

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida y analizar su relación con los síntomas de ansiedad y depresión en los familiares de personas en tratamiento oncológico. **Método:** Estudio cuantitativo, analítico-descriptivo y transversal, realizado con 84 familiares de pacientes en tratamiento oncológico en un centro de alta complejidad del interior de Bahía. Se utilizaron instrumentos para evaluar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y pruebas de correlación y comparación entre grupos. **Resultados:** El índice general de calidad de vida fue satisfactorio, con un mayor deterioro en los ámbitos ambiental y psicológico. Se identificaron síntomas de ansiedad y depresión en una parte significativa de los participantes y presentaron una correlación negativa con todos los ámbitos de la calidad de vida, especialmente en los ámbitos físico y psicológico. **Conclusión:** Los síntomas de ansiedad y depresión se asocian a una peor calidad de vida de los familiares, lo que pone de manifiesto la necesidad de medidas orientadas a la atención integral y a la salud mental de esta población.

DESCRIPTORES: Oncología; Calidad de vida; Ansiedad; Depresión; Cuidadores

Stefane Ellen Santana Santos

Enfermeira. Universidade Estadual de Feira de Santana.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0267-8240>

Kátia Santana Freitas

Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0491-6759>

Márcio Campos Oliveira

Doutor em Patologia Oral. Professor Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1913-0417>

Aminne Oliveira da Silva Bastos

Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6952-9832>

Pollyana Pereira Portela

Doutoranda em Saúde Coletiva. Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6840-4533>

Monneglesia Santana Lopes Cardoso

Doutoranda em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9548-616X>

Laís Rodrigues dos Santos

Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7874-9998>

INTRODUÇÃO

A incidência de câncer no Brasil e no mundo tem apresentado crescimento progressivo nas últimas décadas, configurando-se como um importante problema de saúde pública, com tendência de aumento associada, sobretudo, ao envelhecimento populacional e à transição demográfica. Em 2022, houve cerca de 20 milhões de novos casos de câncer no mundo, com projeção de aumento significativo nas próximas décadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os casos podem chegar a 35,3 milhões até 2050 (OPAS, 2024). Nesse contexto, o cuidado a pessoas com neoplasia maligna tem se tornado uma realidade cada vez mais presente no cotidiano das famílias, implicando mudanças significativas na dinâmica familiar e exigindo reorganização das atividades diárias para atender às demandas do tratamento. Assim, o diagnóstico de uma doença grave, como o câncer, repercute não apenas no indivíduo adoecido, mas em todo o contexto familiar, que passa a vivenciar o processo de adoecimento de forma compartilhada (OLIVEIRA et al., 2026; MORAES; SANTANA, 2024).

O câncer configura-se como um importante problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortes prematuras no mundo, especialmente antes dos 70 anos de idade (INCA, 2020; OPAS, 2024). O percurso terapêutico oncológico, por sua vez, é frequentemente marcado por múltiplos efeitos colaterais, os quais comprometem significativamente a qualidade de vida (QV) dos pacientes. Estudos recentes demonstram que a maioria dos pacientes oncológicos vivencia efeitos adversos decorrentes do tratamento,

Recebido em: 14/05/2026

Aprovado em: 22/06/2026

aproximadamente 78,5% dos pacientes, evidenciando a alta frequência dessas manifestações e seu impacto na experiência terapêutica (DEMILIE et al., 2025; KATTA et al., 2023). Dessa forma, o processo que envolve diagnóstico e terapêutica é reconhecido como uma experiência potencialmente estressora, com repercussões nas dimensões biopsicossociais e espirituais, afetando tanto o paciente quanto seus familiares (HOSSEINI et al., 2016; CORDEIRO; SANTOS; ORLANDI, 2021; MILLIRON et al., 2022).

Nesse sentido, embora avanços tecnológicos tenham ampliado as possibilidades de prevenção, detecção precoce e tratamento, o câncer ainda é frequentemente associado, no imaginário social, à incurabilidade e à possibilidade de morte, o que contribui para a construção de estigmas e sentimentos de medo relacionados à doença (OLIVEIRA et al., 2026; GONÇALVES et al., 2024). Tal percepção faz com que o adoecimento por câncer seja vivenciado como uma das experiências mais temidas e dolorosas, não apenas para o paciente, mas também para seus familiares, impactando aspectos emocionais, sociais e psicológicos^(1,2). Somado a isso, o fato de que os tratamentos oncológicos são, em geral, prolongados, invasivos e desgastantes, demandando acompanhamento contínuo e gerando mudanças significativas na rotina de pacientes e familiares⁽³⁾.

Diante desse cenário, destaca-se o papel central desempenhado pelo familiar cuidador no processo de cuidado. Esses indivíduos assumem responsabilidades que abrangem suporte físico, emocional, informacional e funcional, incluindo desde o auxílio em atividades diárias até o acompanhamento em

consultas e a gestão de sintomas, além de contribuírem para a adesão ao tratamento^(4,5). Contudo, apesar de sua relevância, a atenção às necessidades desses cuidadores ainda é frequentemente negligenciada. Evidências indicam que familiares de pacientes oncológicos dedicam um tempo significativo ao cuidado, frequentemente superior a 20 horas semanais, o que pode resultar em sobrecarga física e emocional importante^(6,7).

Como consequência, a sobrecarga associada ao cuidado repercute negativamente na saúde física, emocional e psicossocial dos familiares, favorecendo o surgimento de sintomas como ansiedade, medo, incerteza, culpa, impotência e exaustão^(4,7,8). Tais condições podem comprometer não apenas o bem-estar do familiar que cuida, mas também a qualidade do cuidado ofertado. Corroborando esse cenário, estudo identificou elevada prevalência de sintomas de ansiedade (41,5%) e depressão (15,4%) entre familiares de pessoas com câncer, estando esses agravos associados à piora da qualidade de vida relacionada à saúde⁽⁹⁾.

Adicionalmente, os transtornos mentais constituem um relevante problema de saúde pública global, sendo responsáveis por significativa carga de morbimortalidade^(10,11). Esses agravos são influenciados por múltiplos fatores, incluindo aspectos psicológicos, sociais e contextuais, sendo frequentemente desencadeados ou agravados por situações de estresse intenso, como o adoecimento por câncer. Nesse contexto, o ambiente hospitalar e as exigências do tratamento oncológico tendem a intensificar tais fatores, impactando diretamente pacientes e familiares⁽¹²⁾.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de ampliar a produção científica voltada à compreensão da qualidade de vida e da saúde mental de familiares de pessoas em tratamento oncológico, considerando a relevância social do tema e seu impacto na integralidade do cuidado. A identificação dos fatores

associados à redução da qualidade de vida e ao desenvolvimento de transtornos mentais pode subsidiar a elaboração de estratégias de intervenção mais eficazes e integradas, que contemplem não apenas o paciente, mas também o familiar cuidador.

Assim, este estudo tem como questão norteadora: “Qual o nível de qualidade de vida e sua relação com os transtornos mentais em familiares de pessoas com câncer?”. Justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre essa temática, ainda pouco explorada na literatura nacional e internacional, contribuindo para o desenvolvimento de práticas assistenciais mais integrais, que reconheçam o familiar como elemento fundamental no processo de cuidado em oncologia.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Estudo quantitativo, analítico-descritivo, de corte transversal, vinculado ao projeto matriz “ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PARA FAMILIARES DE PESSOAS COM CÂNCER EQV-FAMC: ADAPTAÇÃO DE UMA MEDIDA GENÉRICA”.

Local e período do estudo

Desenvolvido em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), localizada em uma cidade do interior da Bahia. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2022 e janeiro de 2023.

População, amostra e seleção dos participantes

A população do estudo foi composta por 84 familiares de pessoas com câncer em tratamento oncológico na UNACON. A amostra foi selecionada por conveniência/acessibilidade. Foram incluídos participantes com idade igual ou superior a 18 anos, que possuíam familiar em tratamento oncológico na unidade, conviviam e mantinham vín-

culo contínuo com o paciente, acompanhando-o em pelo menos uma etapa do tratamento, além de aceitarem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos familiares em tratamento médico para transtornos mentais.

Variáveis do estudo

As variáveis investigadas incluíam características sociodemográficas e clínicas dos familiares, além dos escores de qualidade de vida, ansiedade e depressão. As variáveis sociodemográficas contemplaram idade, sexo, renda, estado civil, escolaridade, religião, situação de trabalho e município de residência. As variáveis clínicas e familiares incluíam grau de parentesco, convivência com o familiar adoecido, experiência prévia com câncer na família, tempo de tratamento, idade do paciente e tipo de câncer.

Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada utilizando quatro instrumentos: Questionário sociodemográfico e clínico, elaborado para caracterização dos familiares; *World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL-bref)⁽¹³⁾, instrumento composto por 26 questões distribuídas nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, utilizado para avaliação da qualidade de vida. As respostas seguem escala *Likert* de 1 a 5, com escores transformados em escala de 0 a 100; *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7)⁽¹⁴⁾, composto por sete questões destinadas ao rastreamento de sintomas de ansiedade, com escore total variando de 0 a 21; *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)⁽¹⁵⁾, composto por nove questões para identificação de sintomas depressivos, com escore total variando de 0 a 27.

Procedimento de coleta de dados

Os participantes foram abordados na sala de espera da unidade antes ou

após o tratamento do familiar. Após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, os participantes elegíveis eram encaminhados para ambiente privativo, onde ocorria a leitura e assinatura do TCLE e posterior aplicação dos instrumentos no formato entrevista. A coleta foi conduzida por pesquisadores previamente treinados para padronização das entrevistas e garantia da confiabilidade dos dados.

Organização e análise dos dados

Os dados foram armazenados no sistema *Research Electronic Data Capture* (REDCap) e posteriormente exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 22.0. Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas, enquanto as quantitativas foram analisadas por medidas de tendência central e dispersão. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Considerando a distribuição não paramétrica, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* para avaliar a correlação entre os domínios da qualidade de vida e os escores de ansiedade e depressão. Para comparação entre grupos independentes, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney*. Adotou-se nível de significância de 5%.

Aspectos éticos

O estudo seguiu os preceitos éticos das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o TCLE, garantindo anonimato, confidencialidade e liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento. Inscrito sob nº do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 3.026.668 da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 91689518.1.0000.0053.

RESULTADOS

Caracterização dos familiares e de pessoas em tratamento oncológico

Foram entrevistados 84 familiares de pessoas em tratamento oncológico. A partir da extração dos dados na primeira etapa da coleta para caracterização sociodemográfica do familiar, observou-se que houve uma predominância de familiares do sexo feminino (76,2%), filhos da pessoa internada (56%), com idade média de 41,3 anos ($\pm 12,8$), a maioria de religião católica (52,4%), casados (41,7%), com nível médio de escolaridade (45,2%), ativos no mercado de trabalho (34,5%), residindo em outra cidade diferente do local onde os parentes realizam tratamento (53,6%), morando com o parente internado (53,6%) e sem experiências em acompanhar outros parentes em tratamento oncológico

(78,6%).

Quanto as características clínicas dos familiares, 42,9% relataram praticar atividade física regularmente, a maioria não apresentava comorbidades (64,3%). Além disso, 45,2% dos familiares possuíam alguma dor física, 6,0% algum tipo de problema cognitivo (memória, raciocínio, comunicação) e 2,4% problema psicológico, 25% referiu realizar algum tipo de tratamento médico. Ademais, houve predominância de familiares com e sem sintomas de ansiedade avaliada pela escala de GAD-7 (45,2% e 53,6% respectivamente) e vinte e quatro familiares com sintomas depressivos (28,6%) e cinquenta e nove familiares sem sintomas depressivos (70,2%) (Tabela 1).

Quanto aos pacientes, a maioria era do sexo feminino (56%) com idade média de 57,6 anos ($\pm 15,5$) e tempo de tratamento de 19,1 meses ($\pm 27,3$), sendo o câncer de mama o tipo mais frequente (25%), seguido de câncer de próstata (15,6%) e do intestino (15,6%).

Nível de qualidade de vida dos familiares de pessoas em tratamento oncológico

O Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV) retratou uma média de 62,9 ($\pm 11,9$) no qual representa um nível de QV satisfatório. No item 1 “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” obteve-se escore de 3,3 ($\pm 0,8$) e no item 2 “Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?” resultou em escore de 3,2 ($\pm 0,8$). A maioria das respostas dos familiares avaliaram sua QV como “Nem ruim nem boa” (48,8%). Já no quesito da satisfação com a saúde, a maioria informou estar “Nem satisfeito nem insatisfeito” (38,1%) e outra parte como “Satisfeito” (38,1%).

Observou-se que na análise das médias dos itens do domínio Físico, a questão 16 que corresponde a faceta Sono e repouso evidenciou a menor média (3,0), em contrapartida os itens 03, 04 e 15 (que englobam as facetas: Dor e desconforto, Dependência da medicação ou de tratamentos, e Mobilidade) apresentaram os maiores escores, sendo de 4,0 ($\pm 1,2$); 3,8 ($\pm 1,3$) e 3,8 ($\pm 1,0$) respectivamente. No escore total, o domínio Físico apresentou a maior média (65,5), entre os demais.

Os itens 20 e 22 que se trata de Relações pessoais e Suporte (apoio) social resultaram em médias de 3,6 ($\pm 1,0$) e 3,7 ($\pm 1,0$) respectivamente, no entanto na faceta Atividade sexual do item 21 apresentou escore 3,5 ($\pm 1,0$), sendo este o menor da categoria. Relações Sociais apresentou escore total de 65,4 ($\pm 19,4$), ficando atrás somente do domínio Físico.

Nos itens do domínio Psicológico, observa-se que o item 05 “Sentimentos

Tabela 1 - Dados clínicos dos familiares de pessoas em tratamento oncológico em uma Unidade de Alta Complexidade, Feira de Santana, Bahia, setembro de 2022 a janeiro de 2023 (n=84).

Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)
Hábitos		
Tabagismo	2 (2,4)	81 (96,4)
Álcool (até ficar bêbado)	9 (10,7)	74 (88,1)
Atividade física regular	36 (42,9)	47 (56,0)
Ausência de comorbidades	54 (64,3)	30 (35,7)
Comorbidade	18 (21,4)	66 (78,6)
Hipertensão arterial	3 (3,6)	81 (96,4)
Diabetes Mellitus	2 (2,4)	82 (97,6)
Cardiopatia	0	84 (100,0)
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	0	84 (100,0)
Câncer	7 (8,3)	77 (91,7)
Dor física referida	38 (45,2)	45 (53,6)
Problema cognitivo referido	5 (6,0)	78 (92,9)
Problema psicológico referido	2 (2,4)	80 (95,2)
Tratamento médico	21 (25,0)	62 (73,8)
Sintomas de ansiedade (GAD-7)	38 (45,2)	45 (53,6)
Sintomas de depressão (PHQ-9)	24 (28,6)	59 (70,1)

Fonte: Dados processados pela autora.

positivos” apresentou a menor média (3,0), já os itens 06, 11 e 19 referentes facetas de: Espiritualidade, religião e crenças pessoais; Imagem corporal e aparência, e Autoestima obtiveram os maiores escores e consequentemente um maior nível de QV: 4,0 ($\pm 0,8$); 3,9 ($\pm 1,1$) e 3,7 ($\pm 0,9$) respectivamente. Em seu escore total, foi evidenciado uma das maiores médias (64,3), ficando atrás somente para o domínio Físico e Social como referido anteriormente entre os domínios, mostrando assim um nível de QV moderado.

A faceta de “Recursos financeiros” avaliada pelo item 12 e a faceta de “Participação e/ou oportunidade de recreação/lazer” avaliada pelo item 14, ambas apresentaram as menores médias, sendo de 2,6 ($\pm 0,9$), oponente a isso tem-se o item 09 que avalia o Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) seguido do 23 (Ambiente no lar) com escores de 3,5 ($\pm 1,0$) e 3,7 ($\pm 0,9$), sendo esses dois os maiores escores deste domínio. O escore total do domínio Meio Ambiente apresentou a menor média (54,4) entre os outros domínios, e consequentemente mostrou que as famílias possuem uma pior QV neste quesito.

Na Tabela 2, verifica-se a correlação dos domínios do WHOQOL-bref entre os escores da escala de avaliação da ansiedade (GAD-7) e depressão (PHQ-9) por meio da correlação de *Spearman*.

Observa-se que, entre o domínio Físico e o escore GAD-7 foi encontrado uma correlação fraca negativa, porém significativa ($r = -0,36$; $p\text{-valor}=0,001$) seguida da correlação do domínio Psíquico e o escore GAD-7 ($r = -0,34$; $p\text{-valor}=0,001$) evidenciando que quanto maior são esses escores de ansiedade dos familiares, mais tendem a ter sua QV nos domínios Físico e Psicológico prejudicadas. Além disso, o domínio Social e o Ambiente, apresentaram uma correlação moderada negativa, porém significativa ($r = -0,29$; $p\text{-valor}=0,006$ e $r = -0,26$; $p\text{-valor}=0,017$).

Já os domínios Físico e Psicológi-

co apresentaram correlações negativas, fortes e significativas ($r = -0,55$ e $p\text{-valor}=0,000$ e $r = -0,51$ e $p\text{-valor}=0,000$, respectivamente) entre o escore do PHQ-9, comprovando assim que quanto maior os escores da escala de

PHQ-9, isto é, quanto mais os familiares apresentam sintomas depressivos, menores são os escores de QV nos domínios Físico e Psíquico, indicando assim uma interferência negativa na QV desses indivíduos.

Tabela 2 – Correlações* entre escores do GAD-7 e PHQ-9 e dos escores dos domínios do WHOQOL-bref, segundo familiares de pessoas em tratamento oncológico, Feira de Santana, Bahia, setembro de 2022 a janeiro de 2023 (n=83).

Domínios	Ansiedade r (p)	Depressão r (p)
Físico	-0,36 (0,001)	-0,55 (0,000)
Relações Sociais	-0,29 (0,006)	-0,27 (0,014)
Psicológico	-0,34 (0,001)	-0,51 (0,000)
Meio Ambiente	-0,26 (0,017)	-0,36 (0,001)

*: a correlação é significativa ao nível de 0,01 ($p\text{-valor} = 0,05$).

FONTE: Dados processados pela autora.

A Tabela 3 exibe os escores de qualidade de vida para o grupo de familiares com pontuações do GAD acima de 10 pontos, sugestiva de sintomas de ansiedade e os escores de QV no grupo de familiares com pontuações menores que 9 e por tanto negativa para sintomas de ansiedade.

Ao analisar a diferença entre os grupos (familiares com sintomas de ansiedade x familiares sem sintomas de

ansiedade), verifica-se que no domínio Físico, familiares sem sintomas de ansiedade apresentou a maior média de QV (61,4) e $p\text{-valor}=0,025$ indicando que há uma diferença importante entre os dois grupos. Além disso, no domínio Ambiente foi observado uma média de 54,1 ($\pm 15,8$), sendo este o domínio com menor média, indicando que familiares com sintomas de ansiedade tendem a ter a sua QV no domínio Ambiente prejudicada, porém não foi possível identificar diferença significativa entre os grupos ($p\text{-valor}=0,155$).

Tabela 3 - Média e desvio-padrão dos domínios do WHOQOL-bref e do GAD-7, segundo familiares de pessoas em tratamento oncológico, Feira de Santana, Bahia, setembro de 2022 a janeiro de 2023 (n=83).

Domínios	Familiares com sintomas de ansiedade (n=38)		Familiares sem sintomas de ansiedade (n=45)		p-valor*
	$\bar{x}$	d.p.	$\bar{x}$	d.p.	
Físico	61,4	16,1	68,9	11,8	0,025
Relações Sociais	60,3	21,3	69,7	16,9	0,058
Psicológico	60,9	15,5	67,1	12,8	0,100
Meio Ambiente	54,1	15,8	58,5	11,6	0,155

*: $p\text{-valor} < 0,05$, Teste de Mann-Whitney.

FONTE: Dados processados pela autora.

A análise dos escores de QV entre familiares com sintomas positivos e negativos para depressão verificou-se que na maioria dos domínios apresentaram diferença significativa entre os grupos.

No grupo de familiares com sintomas depressivos foi possível observar as seguintes médias: domínio Físico (55,8; p-valor=0,000), domínio Psicológico (54,5; p-valor=0,000) e domínio Meio Ambiente (51,2; p-valor=0,030), sendo esta última a menor, evidenciando que familiares com sintomas depressivos

tendem a ter o domínio Meio Ambiente da QV interferido (Tabela 4).

No domínio Relações Sociais o escore foi de 59,0 e o p-valor=0,107, revelando que não houve diferença significativa entre os grupos, no entanto o escore no grupo de familiares sem sintomas depressivos foi de 09 pontos de diferença média aproximadamente, indicando que há uma discrepância estatística. Essa inconformidade possivelmente foi produto da influência do restrito tamanho amostral.

locamento e afastamento laboral ^(21,22).

Além disso, a limitação das atividades de lazer observada neste estudo corrobora achados prévios que demonstram que familiares cuidadores frequentemente reduzem ou abandonam momentos de autocuidado e recreação em decorrência da dedicação contínua ao paciente. Esse contexto favorece o comprometimento da vida social e do bem-estar, uma vez que sentimentos de responsabilidade excessiva e culpa ao priorizar necessidades pessoais podem contribuir para o isolamento social e para uma percepção mais negativa da qualidade de vida ^(22,23). Outro aspecto que pode comprometer a qualidade de vida dos familiares refere-se às dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Os custos indiretos do tratamento, somados à necessidade de deslocamentos frequentes e, muitas vezes, prolongados, representam uma fonte adicional de sobrecarga física, emocional e financeira, particularmente entre famílias em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica ⁽⁸⁾.

O domínio Psicológico apresentou importante comprometimento, evidenciando sofrimento emocional significativo entre os familiares. A redução da satisfação com a vida e dificuldade de concentração entre cuidadores familiares, o medo da progressão da doença, insegurança quanto ao prognóstico e preocupação constante com o ente adoecido favorecem o surgimento de ansiedade, tristeza, angústia e sensação de impotência ^(22,23,24). Outro aspecto relevante refere-se à dificuldade de realização do autocuidado pelos familiares. A sobrecarga de responsabilidades e a centralização do cuidado no paciente contribuem para negligência das próprias necessidades físicas e emocionais, incluindo ausência de atividade física, alterações no sono e redução do tempo de descanso. Estudos demonstram que cuidadores familiares apresentam maior risco de exaustão física e sofrimento psíquico, especialmente quando pos-

Tabela 4 - Média e desvio-padrão dos domínios do WHOQOL-bref e do PHQ-9, segundo familiares de pessoas em tratamento oncológico, Feira de Santana, Bahia, setembro de 2022 a janeiro de 2023 (n=83).

Domínios	Familiares com sintomas depressivos (n=24)		Familiares sem sintomas depressivos (n=59)		p-valor*
	$\bar{x}$	d.p.	$\bar{x}$	d.p.	
Físico	55,8	15,1	69,4	12,1	0.000
Social	59,0	20,9	68,0	18,4	0.107
Psíquico	54,5	14,6	68,3	12,2	0.000
Ambiente	51,2	15,6	58,6	12,5	0.030

* <0,05, Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados processados pela autora.

DISCUSSÃO

O câncer repercute significativamente não apenas na vida da pessoa adoecida, mas também na saúde física, emocional e social dos familiares envolvidos no cuidado, especialmente daqueles que assumem o papel de cuidador principal ^(16,17). Estudos recentes demonstram que familiares cuidadores apresentam elevados níveis de sofrimento psicológico, sobrecarga emocional e comprometimento da qualidade de vida (QV), sobretudo diante das mudanças impostas pela rotina terapêutica e pelas demandas contínuas de cuidado ⁽¹⁸⁾.

A predominância de familiares do sexo feminino observada neste estudo está em consonância com evidências de pesquisas anteriores, que apontam as

mulheres como as principais responsáveis pelo acompanhamento e cuidado de familiares em processo de adoecimento ^(16, 19, 20). A literatura aponta que fatores socioculturais relacionados aos papéis de gênero fazem com que mulheres, principalmente esposas e filhas, assumam majoritariamente a responsabilidade pelos cuidados familiares, tornando-se mais vulneráveis à sobrecarga física e emocional ^(8, 20).

O domínio Meio Ambiente apresentou maior comprometimento da QV, sugerindo influência direta das condições socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, transporte e oportunidades de lazer sobre o bem-estar dos familiares. Esses achados corroboram estudos prévios que identificaram impacto financeiro importante decorrente do tratamento oncológico, incluindo gastos com alimentação, medicamentos, des-

suem baixa rede de apoio social^(19,20).

As repercussões do câncer ultrapassam o âmbito físico e clínico, afetando também aspectos relacionados à intimidade, à sexualidade e às relações interpessoais. A sobrecarga emocional e as mudanças decorrentes do processo de adoecimento e tratamento podem reduzir a proximidade afetiva entre os parceiros e comprometer a qualidade das relações sociais, contribuindo para pior percepção da qualidade de vida entre os familiares cuidadores^(8,23).

Embora o domínio Físico tenha apresentado os maiores escores, a persistência de comprometimentos relacionados ao sono e à fadiga sugere que as exigências impostas pelo cuidado podem repercutir negativamente na saúde física dos familiares. Alterações do padrão de sono, exaustão e redução da energia para atividades cotidianas têm sido frequentemente descritas entre cuidadores, refletindo o impacto cumulativo das demandas assistenciais e do desgaste emocional^(22,23,25).

Adicionalmente, a associação entre piores escores de qualidade de vida e maiores níveis de ansiedade e depressão reforça a estreita relação entre sofrimento psíquico e bem-estar global. Esse resultado converge com evidências que apontam elevada frequência de sintomas ansiosos e depressivos entre familiares de pacientes oncológicos, destacando a necessidade de estratégias de suporte psicológico voltadas não apenas ao paciente, mas também à sua rede de apoio familiar⁽¹⁹⁾.

A associação mais expressiva foi observada entre os sintomas depressivos e o domínio físico da qualidade de vida, sugerindo que o sofrimento emocional pode repercutir diretamente na disposição física, na capacidade funcional e na qualidade do sono. Evidências da literatura indicam que o impacto psicológico decorrente do cuidado prolongado favorece o surgimento de manifestações somáticas e contribui para o agravamento do comprometimento global da

saúde dos cuidadores^(20,24). Além disso, estudos apontam que familiares de pacientes oncológicos podem apresentar níveis de sofrimento emocional iguais ou até superiores aos dos próprios pacientes, especialmente em razão das incertezas relacionadas à evolução da doença, ao risco de recidiva e à possibilidade de perda do ente querido^(20,24). A persistência de necessidades emocionais e psicológicas não atendidas também tem sido associada ao agravamento do sofrimento psíquico e à pior qualidade de vida desses indivíduos⁽²⁴⁾.

Diante desses achados, torna-se fundamental ampliar o cuidado multiprofissional direcionado aos familiares, reconhecendo-os como participantes ativos do processo terapêutico. Estratégias como acolhimento psicológico, grupos de apoio, rodas de conversa, ações de educação em saúde e fortalecimento da comunicação entre equipe, paciente e família podem contribuir para a redução da sobrecarga emocional, para o enfrentamento mais saudável do processo de adoecimento e para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores.

CONCLUSÃO

A presente investigação alcançou seu objetivo ao avaliar a qualidade de vida e analisar sua relação com sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pessoas em tratamento oncológico. Os resultados demonstraram que, embora os participantes tenham apresentado um nível geral de qualidade de vida considerado satisfatório, foram identificados comprometimentos relevantes em dimensões específicas, especialmente nos domínios Meio Ambiente e Psicológico. Além disso, verificou-se elevada frequência de sintomas de ansiedade e depressão, os quais estiveram associados à redução dos escores de qualidade de vida, evidenciando a estreita relação entre sofrimento psíquico e bem-estar desses familiares.

Os achados demonstraram que maiores níveis de ansiedade e depressão se relacionaram a menores escores de qualidade de vida em todos os domínios avaliados, com destaque para o impacto mais expressivo dos sintomas depressivos sobre os domínios físico e psicológico. Também foi constatado que familiares com sintomas de ansiedade e depressão apresentaram piores indicadores de qualidade de vida quando comparados àqueles sem esses sintomas, reforçando a influência negativa do sofrimento emocional sobre a saúde e o cotidiano dos cuidadores.

Dessa forma, o estudo evidencia a necessidade de reconhecer os familiares como sujeitos que também demandam atenção no contexto da assistência oncológica, considerando as repercussões emocionais, físicas, sociais e ambientais decorrentes do processo de adoecimento e tratamento do ente familiar. Os resultados apontam para a importância da implementação de estratégias multiprofissionais voltadas ao acolhimento, monitoramento da saúde mental e promoção da qualidade de vida dessa população, favorecendo uma abordagem mais integral do cuidado.

Como limitações, destacam-se o delineamento transversal, que impossibilita estabelecer relações de causalidade entre as variáveis investigadas, a utilização de amostra por conveniência e o tamanho amostral são fatores que podem restringir a generalização dos resultados. Nesse sentido, recomenda-se a realização de estudos longitudinais, com amostras mais amplas e diversificadas, que possibilitem aprofundar a compreensão dos fatores associados à qualidade de vida e à saúde mental dos familiares. Além disso, futuras pesquisas podem explorar estratégias de enfrentamento, fatores protetivos e intervenções direcionadas à promoção da saúde mental e do bem-estar desses indivíduos ao longo do percurso terapêutico oncológico.

Referências

1. Radmann R, Martins W. Impactos psicológicos e emocionais do cuidado familiar em pacientes oncológicos. *Periódicos Brasil*. 2024.
2. Instituto Oncoguia. Impactos do câncer na vida dos familiares cuidadores. São Paulo: Oncoguia; 2023.
3. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos e atenção ao paciente oncológico. Rio de Janeiro: INCA; 2024.
4. Adani-Ifè A, et al. Burden of family caregivers of cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2026.
5. Odom JN, et al. Roles undertaken by family caregivers to help individuals with cancer manage symptoms. 2026.
6. AARP; National Alliance for Caregiving. Caregiving in the United States 2025. Washington (DC); 2025.
7. Mahdi N, et al. Caregiving burden among family caregivers of adult cancer patients. *Healthcare*. 2026.
8. Bastos AOS, Freitas KS, Valente CO, Fontoura EG, Oliveira MAN. Qualidade de vida de familiares de pessoas hospitalizadas na unidade de terapia intensiva. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2018;42(Supl 1):230-242. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2879>.
9. Cordeiro LM, Santos DGM, Orlandi FS. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos em quimioterapia e familiares. *Enferm Foco*. 2021;12(3):489-495. doi:10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3801.
10. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's Mental Health Action Plan 2013–2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry*. 2014;13(2):107-109. doi:10.1002/wps.20141.
11. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
12. De Padova S, Grassi L, Vagheggini A, Belvederi Murri M, Folesani F, Rossi L, et al. Post-traumatic stress symptoms in long-term disease-free cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Med*. 2021;10(12):3974-3985. doi:10.1002/cam4.3961.
13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-183. doi:10.1590/S0034-89102000000200012.
14. Moreno AL, DeSousa DA, Souza AMFLP, Manfro GG, Sallum GA, Koller SH, et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas Psicol*. 2016;24(1):367-376. doi:10.9788/TP2016.1-25.
15. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1533-1543. doi:10.1590/0102-311X00144612.
16. Silva RM, Pereira ER, Souza FGM, Santos BM, Carvalho CMS. Qualidade de vida e sofrimento psíquico em familiares de pacientes oncológicos. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(5):e20201234.
17. García R, Martínez P, López M, Torres A. Quality of life among family caregivers of cancer patients: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 2023;32(4):1123-34.
18. Zhang Y, Li X, Chen H, Wang J. Psychological burden and quality of life among caregivers of cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2023;31(2):145-56.
19. Goula A, Kourakos M, Mantzorou M, Stavropoulou A. Anxiety and depression among caregivers of cancer patients: a longitudinal study. *Eur J Oncol Nurs*. 2021;52:101958.
20. Grande GE, Farquhar MC, Barclay SIG, Todd CJ. The influence of caregiver burden on quality of life in cancer caregivers. *Psychooncology*. 2018;27(9):2134-41.
21. França ISX, Baptista RS, Brito VRS, Souza JA. Qualidade de vida de familiares cuidadores de pacientes com câncer. *Rev Rene*. 2011;12(3):567-75.
22. Pequeno AMC, Silva MRF, Almeida CAPL, Carvalho REFL. Qualidade de vida e fatores associados em familiares de pacientes oncológicos. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE03456.
23. Badr H, Herbert K, Reckson B, Rainey H, Sallam A. Unmet needs and relationship challenges of caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer*. 2016;24(4):1533-40.
24. Sklenarova H, Krumpelmann A, Haun MW, Friederich HC, Huber J, Thomas M, et al. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer. *Cancer*. 2015;121(9):1513-19.
25. Langerberg J, Verdonck-de Leeuw IM, Ten Klooster PM, Aaronson NK. Fatigue and sleep disturbances among caregivers of cancer patients. *Psychooncology*. 2019;28(6):1303-10.