FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ELIS MONIQUE DE VASCONCELOS GALVÃO

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS NA REGIÃO NORTE DO BRASIL

PORTO VELHO - RONDÔNIA
2019

ELIS MONIQUE DE VASCONCELOS GALVÃO

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS NA REGIÃO NORTE DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia como exigência parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de pesquisa: Saúde e processos psicossociais.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Renato Vitória Calheiros.

PORTO VELHO - RONDÔNIA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

G182a Galvão, Elis Monique de Vasconcelos.

Ansiedade, depressão e estresse e sua relação com a qualidade de vida de pacientes oncológicos na Região Norte do Brasil / Elis Monique de Vasconcelos Galvão. -- Porto Velho, RO, 2019.

110 f. : il.

Orientador(a): null Paulo Renato Vitória Calheiros

Coorientador(a): null.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Câncer. 2.Depressão. 3.Ansiedade. 4.Estresse. 5.Qualidade de vida. I. Calheiros, Paulo Renato Vitória. II. Título.

CDU 159.9

Bibliotecário(a) Edoneia Sampaio S. Miranda CRB 947/11

FOLHA DE APROVAÇÃO

"DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS NA REGIÃO NORTE DO BRASIL"

ELIS MONIQUE DE VASCONCELOS GALVÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPsi) como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Fundação Universidade Federal de Rondônia

Linha de Pesquisa: Saúde e Processos Psicossociais

Orientador: Paulo Renato Vitória Calheiros

Banca examinadora:

Nome do(a) orientador(a): Paulo Renato Vitória Calheiros
Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPsi/Unir)

Assinatura:

_____

Titular da Banca: Tânia Rudnicki
Faculdade da Serra Gaucha (FSG/MPPS)
Assinatura:

_____

Titular da Banca: Vivian Susi de Assis Canizares
Departamento de Psicologia (DEPSI/ UNIR)

Assinatura:

_____

Dissertação aprovada em: 21/11/2019

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que lutaram e lutam pela vida. Em especial aqueles que vivenciaram o diagnóstico e o processo de tratamento de doenças oncológicas. Com dedicação especial aos meus queridos avós maternos, que me deram a coisa mais importante da vida: AMOR!

Maria Creusa de Vasconcelos e Antônio Pedro de Vasconcelos (*In memoriam*)

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir vivenciar essa experiência e todas as outras!

Ao meu orientador por ser exemplo de profissional, e por todo suporte e orientações.

Aos membros da banca, professoras Vivian e Tânia, pela disponibilidade e por suas valiosas correções e considerações.

À minha família, por todo amor e suporte sempre; em especial a minha prima/irmã Bruna e ao meu namorado por me incentivarem desde o momento da inscrição.

Às amigas de escola, que são companheiras de vida.

Aos amigos que fiz na graduação, pelas conversas e incentivo.

Às (Aos) amigas (os) do mestrado, que tornaram essa jornada mais leve; em especial à querida Natalí, pela valiosa contribuição na revisão e melhoria do texto e à queria Débora pela disponibilidade para leitura do primeiro artigo e auxilio nas questões burocráticas.

Aos professores do curso de Psicologia da Unir, pela transmissão de conhecimento desde a graduação.

Aos alunos da graduação de Psicologia da UNIR, Ana Laura e Elouise pelo auxilio com a coleta dos dados e ao João por se interessar pela pesquisa e ceder gentilmente sua casa para que as reuniões para o estudo do protocolo de pesquisa acontecessem.

Aos participantes da pesquisa, por compartilhar um pedaço de sua história. E por me marejarem os olhos com suas formas de enxergar a vida. Grata por tamanha experiência, nada poderia me acrescentar mais.

À toda equipe do Instituto São Pellegrino; em especial à Daniela Soares, que deu todo apoio para que a pesquisa pudesse ser realizada.

Ao professor Pedro di Tarique pelo auxilio na análise dos dados estatísticos.

À CAPES pelo financiamento da pesquisa.

GALVÃO, E. M. de V. **Ansiedade, depressão e estresse e sua relação com a qualidade de vida de pacientes oncológicos na Região Norte do Brasil**. 2019. 110f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI). Porto Velho/RO, 2019.

RESUMO

Esta dissertação de mestrado se insere no campo da saúde mental, abordando a vivência de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com câncer. Conhecido como patologia do excesso, o câncer - doença causada pelo crescimento descontrolado de células no organismo - impacta a qualidade de vida de milhares de pessoas. Deste modo, este estudo pretendeu avaliar a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse de pacientes atendidos em um Instituto de Oncologia. Esse trabalho foi dividido em três partes: a primeira refere-se ao projeto de pesquisa, em que constam a introdução, a fundamentação teórica, os objetivos e os métodos desta investigação. Na segunda parte, consta o artigo intitulado "Perfil dos pacientes de um Instituto oncológico do Estado de Rondônia", que apresenta os resultados do perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer atendidos no referido Instituto. O método do estudo caracterizou-se como quantitativo, epidemiológico, com delineamento transversal. A amostra foi constituída por 202 pessoas com câncer, atendidas no Instituto, localizado em Porto Velho/RO. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário sociodemográfico e clínico. Os resultados indicaram que a maioria dos pacientes entrevistados: era do sexo feminino (57,43%); tinha idade média de 57,7 anos; era oriunda de cidade diferente da localização do instituto (64, 36%); estava casada ou em união estável (60,40%); e tinha baixo nível de escolaridade (67,82%). Houve prevalência de pacientes com câncer hematológico (26,24%), no estágio III ou IV da doença (58,18%), e em processo de tratamento (48,02%). A descrição do perfil desses pacientes possibilitou um melhor conhecimento sobre quem são os sujeitos que estão sendo acometidos por doenças neoplásicas nesta região. A terceira parte deste estudo é composta pelo artigo intitulado "Ansiedade, depressão, estresse e sua relação com a qualidade de vida de pessoas com câncer na Região Norte do Brasil". Trata-se de verificação da correlação das variáveis: sociodemográficas e clínicas; depressão, ansiedade e estresse; e qualidade de vida, obtidas por meio das entrevistas realizadas com 202 pacientes oncológicos. Os instrumentos para a coleta de dados foram: um questionário sociodemográfico e clínico; a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21); e a Escala de Qualidade de Vida (EORCT QLQ-C30). Os resultados apontaram alta prevalência de depressão, ansiedade e estresse nos pacientes oncológicos. As maiores prevalências desses sintomas associaram-se ao câncer uterino, ao sexo feminino, à realização de dois tipos de tratamentos diferentes e ao fato de morar só. Quanto à qualidade de vida, esta se apresentou com maiores prejuízos à medida que ocorreram o aumento dos sintomas depressivos, ansiosos e estressores nos pacientes com câncer.

Palavras-chave: Câncer. Depressão. Ansiedade. Estresse. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

This master's dissertation fits into the field of mental health, addressing the experience of depression, anxiety and stress in cancer patients. Known as pathology of excess, cancer - a disease caused by uncontrolled cell growth in the body - impacts the quality of life for thousands of people. Thus, this study aimed to evaluate the prevalence of symptoms of depression, anxiety and stress in patients treated at an Oncology Institute. This work was divided into three parts: the first refers to the research project, which contains the introduction, the theoretical foundation, the objectives and the methods of this research. In the second part, there is the article entitled "Patient Profile of an Oncology Institute of the State of Rondônia", which presents the results of the sociodemographic and clinical profile of cancer patients treated at the Institute. The study method was characterized as quantitative, epidemiological, with cross-sectional design. The sample consisted of 202 people with cancer, attended in the Institute, located in Porto Velho / RO. The instrument used for data collection was a sociodemographic and clinical questionnaire. The results indicated that the majority of patients interviewed were female (57.43%); had an average age of 57.7 years; was from a different city than the institute's location (64, 36%); was married or in a stable union (60.40%); and had a low level of education (67.82%). There was a prevalence of patients with hematological cancer (26.24%), in stage III or IV of the disease (58.18%), and in the process of treatment (48.02%). The description of the profile of these patients allowed a better knowledge about who are the subjects that are being affected by neoplastic diseases in this region. The third part of this study is composed by the article entitled "Anxiety, depression, stress and its relationship with the quality of life of people with cancer in the Northern Region of Brazil". It is a verification of the correlation of the variables: sociodemographic and clinical; depression, anxiety and stress; and quality of life, obtained through interviews with 202 cancer patients. The instruments for data collection were: a sociodemographic and clinical questionnaire; the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21); and the Quality of Life Scale (EORCT QLQ-C30). The results showed a high prevalence of depression, anxiety and stress in cancer patients. The highest prevalence of these symptoms was associated with uterine cancer, females, two types of treatment and living alone. As for the quality of life, it presented with greater losses as the depressive, anxious and stressful symptoms increased in cancer patients.

Keywords: Cancer. Depression. Anxiety. Stress. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Artigo I – "Perfil dos pacientes de um Instituto oncológico do Estado de Rondônia"

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas de pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro – Abril de 2019 45

Tabela 2 - Distribuição das variáveis clínicas de pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro – Abril de 2019..... 46

Artigo II – "Ansiedade, depressão, estresse e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes com câncer na Região Norte"

Tabela 1 - Classificação da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) dos pacientes atendidos em Instituto de oncologia em Rondônia, Brasil, Janeiro – Abril de 2019. 70

Tabela 2 - Descrição das informações da qualidade de vida dos pacientes atendidos em Instituto de oncologia em Rondônia, Brasil, Janeiro – Abril de 2019 70

Tabela 3 - Autovalores, percentual de variância por cada dimensão e percentual acumulado. 71

Tabela 4 - Matriz de correlação entre as variáveis da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e escala de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) dos pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro – Abril de 2019 76

Tabela 5 - Matriz de correlação entre as variáveis da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e escala de sintomas da escala de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) dos pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro – Abril de 2019 78

LISTA DE FIGURAS

Artigo II – "Ansiedade, depressão, estresse e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes com câncer na Região Norte"

Figura 1 - Número ótimo de clusters pelo método WSS (Within Sum of Squares) 73

Figura 2 - Dendograma das coordenadas das duas primeiras dimensões da análise de correspondência referentes às variáveis do perfil sociodemográfico e clínico, e sintomas de depressão e estresse dos pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019..... 74

Figura 3 - Mapa de correspondência nas duas primeiras dimensões referentes as variáveis sociodemográficas e clínicas, e os sintomas de ansiedade, depressão e estresse dos pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019. 75

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACM	Análise de Correspondência Múltipla
AHC	Análise Hierárquica de Cluster
AIPC	Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DASS 21	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
DSM 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EORTC QLQ-C30	Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIR	Universidade Federal de Rondônia
WCSS	Within Clusters Sums of Squares

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 17
2.1 CÂNCER 17
2.2 ANSIEDADE 21
2.2.1 Ansiedade no tratamento do câncer 24
2.3 DEPRESSÃO 25
2.3.1 Depressão no tratamento do câncer 27
3 OBJETIVOS 29
3.1 OBJETIVO GERAL 29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 29
4 MÉTODO 30
4.1 DESCRIÇÃO DO DELINEAMENTO 30
4.2 PARTICIPANTES 30
4.2.1 Critérios de inclusão 31
4.2.2 Critérios de exclusão 31
4.3 INSTRUMENTOS 31
4.5 ASPECTOS ÉTICOS 34
REFERÊNCIAS 35
5 PERFIL DOS PACIENTES DE UM INSTITUTO ONCOLÓGICO DO ESTADO DE RONDÔNIA 42
5.1 INTRODUÇÃO 43
5.2 MATERIAL E MÉTODO 44
5.3 RESULTADOS 46
5.4 DISCUSSÃO 48
5.5 CONSIDERAÇÕES 53
REFERÊNCIAS 54
6 ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ESTRESSE E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM CÂNCER NA REGIÃO NORTE DO BRASIL 59
6.1 INTRODUÇÃO 60
6.2 DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE 61
6.3 DEPRESSÃO EM PACIENTES COM CÂNCER 62
6.4 ANSIEDADE EM PACIENTE COM CÂNCER 64

6.5 ESTRESSE NO PACIENTE COM CÂNCER 65
6.6 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER 66
6.7 MÉTODO 69
6.8 RESULTADOS 71
6.9 DISCUSSÃO 80
6.10 CONSIDERAÇÕES 88
REFERÊNCIAS 90
APÊNDICES 99
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 99
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO 101
ANEXOS 102
ANEXO A – ESCALA DE DEPRESSÃO ANSIEDADE E ESTRESSE 102
ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL 103
ANEXO C - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA 104
ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA 106

1 INTRODUÇÃO

Câncer é uma palavra designada para nomear mais de cem formas de doenças que têm o poder de atingir distintas partes do corpo. Pode ser denominado também pelos termos tumor maligno e neoplasia (BRASIL, 2013). A característica determinante do câncer é o crescimento anormal e acelerado de células que se expandem além do tamanho esperado para uma célula saudável. Essas células chamadas de cancerígenas, derivadas do mau funcionamento dos mecanismos de regulação que supervisionam o crescimento e desenvolvimento das células, podem invadir diferentes partes do corpo, espalhando-se para os órgãos (COSTA, 2018). Esse processo, considerado como a principal causa de morte por câncer, é conhecido como metástase (OPAS, 2018).

De acordo com Ferlay et al. (2015), o número de pessoas acometidas pelo câncer tende a aumentar nas próximas décadas. Em 2012, foram contabilizados 14,1 milhões de novos casos de câncer no mundo e houve 8,2 milhões de mortes nesse mesmo período em decorrência da doença (FERLAY et al., 2015). A maior parte dos novos casos (57%) e óbitos (65%), ocorridos em 2012, aconteceu nos países menos desenvolvidos. As neoplasias continuam sendo uma das principais causas de adoecimento e morte, em todo o mundo. Em 2015, o número de óbitos chegou a 8,8 milhões (TORRE et al., 2015). Em 2018, esse número subiu para 9,6 milhões (OPAS, 2018).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo são: pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), colorretal (1,4 milhão) e intestino (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes são: pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, os mais frequentemente encontrados são: mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (FERLAY et al., 2015).

Assim como em outros países, o número de pessoas acometidas pelo câncer vem crescendo no Brasil. Em 2016, o número esperado de novos casos era de 596 mil (INCA, 2015). A estimativa para 2018 e 2019 é de aproximadamente 600 mil novos casos de câncer a cada ano. Nos brasileiros, os cânceres com maior incidência são os de próstata (31,7%), mama feminina (29,5%), pulmão (8,7%), cólon e reto (17,5%) (INCA, 2017).

A crescente incidência de câncer pode estar relacionada a diferentes fatores. Cinco condições comportamentais e alimentares de risco são apontadas como as principais colaboradoras para um terço das mortes por câncer. Estas são: o alto índice de massa corporal, a ingestão baixa de frutas e vegetais, o sedentarismo, o consumo de bebidas alcoólicas e o uso

do tabaco (OPAS, 2018). Os fatores citados são aspectos que podem ser controlados, tanto para prevenir o desencadeamento da doença quanto para evitar o seu agravamento.

Além dos fatores comportamentais e alimentares, há também outra questão muito importante, que pode acarretar prejuízos ao bem-estar de uma pessoa: a maneira como ela vivencia suas emoções. Essas são características que constituem a espécie humana, auxiliando nas respostas às diversificadas situações, podendo ser fator de proteção ou não.

Deste modo, considerando que as emoções podem influenciar o processo de tratamento e a qualidade de vida de pacientes oncológicos, somando-se aos fatores de risco citados, é essencial englobá-las no planejamento dos cuidados dispensados a essa população. As emoções de interesse para esse estudo são as relacionadas aos sintomas de ansiedade, depressão e estresse.

As manifestações de humor são universais e podem se apresentar de formas variadas. Portanto, faz-se necessário identificar a existência de um estado em que as emoções são vivenciadas de forma funcional e outro disfuncional, pois este último colaboraria para o surgimento do adoecimento (CLARK; BECK, 2012).

Como exemplo do que foi discutido sobre as formas de vivenciar as emoções, tem-se que, diante de uma perda, o humor pode se manifestar deprimido e esse comportamento é importante para que o indivíduo invista energia para sentir e elaborar esse sofrimento. Nesta situação, o comportamento é considerado funcional, ou seja, a resposta da pessoa é proporcional ao fato ocorrido. Porém, quando tal estado paralisa a pessoa por um tempo longo e impede que esta faça as atividades que normalmente fazia, incluindo aquelas que requerem o mínimo de esforço possível, este é apontado como disfuncional. Este quadro viabiliza o aparecimento de patologias.

Com relação à ansiedade e estresse, estes podem apresentar-se também através de sintomas físicos e psicológicos (FANELLI; OLIVEIRA, 2018). As respostas automáticas vivenciadas no organismo animal frente a situações de ameaça à vida são úteis para garantir a segurança e a preservação da espécie. No entanto, quando essas respostas ocorrem em situações de pouco ou nenhum potencial de ameaça à vida, podem constituir-se em agravos à saúde do indivíduo.

Essas reações de ansiedade, depressão e estresse podem intervir negativamente no processo de tratamento dos pacientes oncológicos. São aspectos que têm sido considerados na atuação dos profissionais da saúde, tendo em vista que esses sintomas em níveis elevados se tornam transtornos que diminuem a qualidade de vida e acarretam prejuízos ao processo de tratamento.

Alguns dos sintomas dos transtornos de ansiedade presentes na vivência do câncer são: tensão, insônia/vigilância, bruxismo, desconforto respiratório, sensação de formigamento e preocupação. Na depressão são comuns: perda de apetite, distúrbios do sono, fadiga, entre outros. Esses sintomas por vezes podem ser confundidos com as manifestações causadas pelo câncer ou pelo tratamento, embora possam estar presentes em ambos os casos (FANELLI; OLIVEIRA, 2018).

A presença de depressão e ansiedade em estados disfuncionais impactam a saúde de qualquer indivíduo. No caso das neoplasias, desde a confirmação do diagnóstico já há algum tipo de sofrimento, o que favorece a manifestação de sintomas ansiosos, depressivos e estressores. Assim, aponta-se a existência de relação entre ansiedade, depressão, estresse e o paciente com câncer. A presença dessas condições mentais afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes oncológicos comparados àqueles que não apresentaram depressão e/ou ansiedade (SIMÃO et al., 2017).

A percepção do paciente com relação ao seu diagnóstico é influenciada pelo seu sistema de crenças sobre a doença. Essas crenças, quando se afastam da realidade imposta, podem contribuir para alterações nos sistemas que controlam a ansiedade, a depressão e o estresse. Considerando que as manifestações dos sintomas depressivos, ansiosos e estressores podem interferir na resposta desejada ao tratamento, é importante a verificação desses estados de humor em pacientes oncológicos. A literatura aponta que a depressão, a ansiedade e o estresse podem dificultar a inserção e manutenção do paciente no processo de tratamento, sendo necessária a identificação desses sintomas, que podem prejudicar a luta do paciente com câncer (BERGEROT et al., 2014; PAULA; SAWADA, 2015; SIMÃO et al., 2017).

Tendo em vista a relevância da verificação de variáveis psicológicas de pacientes oncológicos, espera-se saber se algumas características encontradas na população deste estudo podem estar associadas com sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Conhecer as características emocionais do paciente com câncer e suas especificidades é necessário, para avaliar quais questões necessitam de atenção mais urgente e para sugerir intervenções complementares que auxiliem na adesão e manutenção do processo de tratamento. Nessa perspectiva tem-se a intenção de verificar a presença de depressão, ansiedade e estresse nesses pacientes e as possíveis associações com aspectos sociodemográficos e clínicos, e a relação destes sintomas com a qualidade de vida. Os resultados poderão revelar as características dos pacientes que suscitam de mais cuidados e intervenções terapêuticas e servir de apoio para a atuação dos profissionais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção, são discutidas questões referentes à depressão, ansiedade e o paciente oncológico. Para isso, primeiro discorreu-se sobre a doença e posteriormente abordou-se sobre sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com câncer e as repercussões no tratamento.

2.1 CÂNCER

Conhecido como patologia do excesso, o câncer (chamado também de neoplasia), é uma doença causada pelo crescimento descontrolado das células. A divisão celular patológica incontrolável decorre de danos no material genético. Contudo, a doença pode ser impulsionada por aspectos externos, tais como: vírus, álcool, tabaco, radiações ionizantes, entre outros (FANELLI; OLIVEIRA, 2018). As neoplasias são consideradas doenças crônicas e tem uma representação social, criada historicamente, relacionada a perda e a morte (MUKHERJEE, 2012). Esta doença afeta a qualidade de vida de milhares de pessoas em todo o mundo.

Tem-se conhecimento do aumento do número de pessoas com câncer a cada ano (INCA, 2017). Algumas explicações enfatizam o estilo de vida como precursor de novos casos de câncer, outras inferem que essa noção de aumento se deve à maior perspectiva de vida das pessoas. Siddahartha Mukherjee, em seu livro “O imperador de todos os males: uma biografia do câncer”, considera que as pessoas não sobreviviam suficientemente para desenvolver o câncer nas sociedades mais antigas, dado que corrobora os estudos que apresentam a faixa etária com maior diagnóstico de câncer a partir dos 40 anos de idade (CANGUSSU et al., 2010; LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015a; OLIVEIRA et al., 2015).

Sugere-se então, que a faixa etária de sobrevivência na idade antiga não alcançava o tempo esperado para o desenvolvimento da doença. No entanto, pesquisas atuais têm apresentado o aparecimento de casos de câncer em pessoas mais jovens, o que remete aos modos de vida atuais, que predispõem o desenvolvimento de neoplasias prematuramente (CAMPOS et al., 2017; PEREIRA et al., 2015; SOUZA et al., 2017).

O estilo de vida atual está permeado por fatores de risco para adoecimento, tais como dietas pobres em fibras e ricas em açúcar e gordura, sedentarismo, consumo de tabaco, álcool e demais substâncias químicas, exposição solar desprotegida, exposição à poluição, mudanças

nos padrões reprodutivos associados à urbanização e ao desenvolvimento econômico, entre outros (INCA, 2015; TORRE et al., 2015). Indivíduos expostos a muitos fatores de risco podem ser surpreendidos com o aparecimento de neoplasias.

As neoplasias têm caráter multifatorial; entre eles estão os fatores genéticos e os ambientais. Em relação ao fator genético, os achados sugerem que pessoas com histórico de câncer na família estão mais predispostas a desenvolver a doença. Já as características ambientais, estão relacionadas com hábitos de vida adotados, como exposição demasiada ao sol, exposição a produtos tóxicos sem proteção, alimentação por enlatados, ingestão de bebidas alcoólicas, uso de cigarros, entre outros (SILVA et al., 2012; PANIS et al., 2016; RODGERS et al., 2017).

Em um estudo realizado na região norte foi observada a incidência de câncer em trabalhadores rurais, que utilizavam pesticidas sem proteção e ficavam expostos por muito tempo ao sol. Esses tinham baixo nível de escolaridade, o que dificultava o conhecimento da forma correta de utilização de produtos e dos cuidados a serem realizados na prevenção da doença. Ser da raça branca também foi um fator relacionado ao aparecimento da doença, juntamente com as condições citadas acima (MOREIRA et al., 2017).

Outra pesquisa realizada com 102 participantes, a maioria caucasiana (83,3%), com idade variando de 25 a 88 anos, com predominância de mulheres (56,9%), 73,5% dos participantes eram casados ou viviam em união consensual, 57,8% possuíam ensino fundamental incompleto, 61,8% estavam aposentados e 49% recebiam um salário. Quanto à profissão, 21,6% das pessoas desenvolviam atividades voltadas à agricultura. 58,8% realizavam exames de forma preventiva, o que contribui para um bom prognóstico. A prevalência de câncer que mais se destacou foi de mama para mulheres e próstata para homens. A segunda maior, para ambos os sexos, foi câncer colorretal. O autor relaciona este dado aos hábitos alimentares dos gaúchos, tendo em vista que o consumo exagerado de carne vermelha foi apontado como um fator de risco para desenvolvimento de câncer colorretal (VIEIRO; LARA, 2015).

Outro estudo foi realizado com amostra predominantemente constituída pelo sexo masculino, com idade variando entre 51 e 60 anos, casados, de um a cinco filhos, com ensino fundamental (completo e incompleto), aposentados ou pensionistas. Os 156 participantes estavam em tratamento quimioterápico, iniciado precocemente, em ambulatório de oncologia. 52,6% já tinham passado por procedimento cirúrgico, 37,2% estavam no estadiamento 3 e 4, e a maior proporção foi de câncer de mama (19,9%) (LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015b). As características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas individuais podem dar

indícios aos profissionais de saúde na busca de ações direcionadas para o atendimento do paciente em sua singularidade.

Mundialmente os tipos de câncer mais diagnosticados são o de pulmão, próstata e mama. São também os com maiores índices de mortalidade, embora a maior prevalência sejam os de mama, colorretal e próstata (OMS, 2018). Os cânceres de próstata e de mama são responsáveis pelo maior número de óbitos por câncer, em homens e mulheres que vivem em países menos desenvolvidos. Nos países mais desenvolvidos os principais tipos de câncer são: de próstata, de pulmão e de mama, sendo esta última a principal causa de morte entre as mulheres (CRONIN et al., 2018; INCA, 2018; OMS, 2018).

O diagnóstico de câncer tem impacto sobre os aspectos físicos, psicológicos e socioeconômicos, afetando o indivíduo como um todo (ALVES; VIANA; SOUZA, 2018; ANDRADE; AZEVEDO, 2018; KOCH et al., 2017). Devido a isso, o cuidado deve ser desenvolvido integralmente, auxiliando os pacientes em todo processo de tratamento, para que, durante esse percurso, estes tenham ao seu alcance tudo aquilo que lhe proporcionem uma melhor qualidade de vida. Desta forma, favorece-se a adesão e a manutenção destes em sua recuperação, juntamente com possibilidade de implementação de tratamentos complementares.

As principais formas de tratamento das neoplasias incluem a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e o transplante de medula óssea, sendo que às vezes o tratamento pode ser realizado com a combinação de duas ou mais dessas modalidades (INCA, 2018). O diagnóstico precoce e correto do tipo de câncer é importante para que se possa oferecer tratamento adequado e com eficácia. Embora as formas de tratamento citadas tenham impacto na morbidade e mortalidade, é preciso cuidar da qualidade de vida, buscando apoio em outras terapêuticas. Nessa perspectiva, os tratamentos complementares se apresentam com o propósito de contribuir de forma positiva na qualidade de vida de pacientes oncológicos (SAWADA et al., 2016).

Como exemplo de tratamento complementar tem-se a Psico-Oncologia. Trata-se da área de interação entre a Psicologia e a Oncologia, que visa oferecer suporte psicossocial e acolhimento do sofrimento psíquico. Consiste em um cuidado realizado além do tratamento da doença, que visualiza a vida do indivíduo em sua integralidade e subjetividade (ALVES; VIANA; SOUZA, 2018; BERNAT; PEREIRA; SWINERD, 2013). O psicólogo na clínica do câncer tem um papel fundamental, abrangendo desde aspectos direcionados para a promoção e prevenção da saúde. Frente ao diagnóstico e seu desenlace, atua como apoio psicoterapêutico e psicossocial auxiliando o paciente e a família no enfrentamento da

neoplasia, assim como oferecendo apoio a equipe que cuida do paciente. Pensando principalmente na qualidade de vida dos pacientes e das pessoas próximas a ele que também são impactadas pela doença (SCANNAVINO et al., 2013).

O tratamento do câncer tem maiores chances de sucesso quando diagnosticado precocemente e a terapêutica iniciada logo após a descoberta da doença. Contudo, o sofrimento psíquico enfrentado por pacientes oncológicos pode não se restringir ao recebimento do diagnóstico: há possibilidade de desencadeamento de transtornos que, consequentemente, dificultam ou retardam a busca por tratamento. Por isso é relevante reconhecer a presença de aspectos psicológicos que possam prejudicar o processo de tratamento, incluindo transtornos de humor como depressão e ansiedade.

Os aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento, como problemas emocionais e sofrimento psicossocial, provocam interferências na qualidade de vida do paciente. Esses fenômenos podem ser intensificados, em consequência de características próprias da doença, que tende a provocar mudanças na vida do indivíduo, como a adequação de planos e a vivência de sentimentos de medo e ansiedade (FONSECA; CASTRO, 2016). As características da doença e os efeitos colaterais do tratamento podem assemelhar-se a alguns sintomas depressivos ou ansiosos; assim, é imprescindível o reconhecimento e tratamento destes de forma adequada.

Frente ao adoecimento oncológico, muitas emoções diferentes surgem. Destas, sobressaem o medo em relação à morte, as mudanças físicas e a autoestima diminuída. A compreensão da pessoa quanto à doença, o tratamento, o prognóstico e a forma como essas informações são transmitidas e recebidas, vão impactar o comportamento do paciente na forma de lidar com esta situação (FANELLI; OLIVEIRA, 2018).

Essa adaptação psicológica experimentada pelo paciente a partir do recebimento do diagnostico neoplásico depende também da forma subjetiva com que este o adoecimento é experenciado. Fanelli e Oliveira (2018), sugerem que a tendência a reprimir a expressão das emoções é um fator que pode colaborar para o aumento dos níveis de depressão e ansiedade nesse processo. Para evitar que isso aconteça, é essencial investir em estratégias psicoeducativas para resolução do problema, oportunizando auxilio psicológico com vista a melhorar as condições para o bem-estar global do indivíduo.

2.2 ANSIEDADE

As respostas emocionais humanas têm funções essenciais na preservação da vida. Elas podem orientar as tomadas de decisões importantes para adaptação ao meio. Assim, como parte de nossa natureza emocional, o medo é uma reação a sentimentos intimidativos. Diante disso, o indivíduo apresenta respostas fisiológicas automáticas, como sudorese, calafrios, tremores, batimento cardíaco acelerado, enrijecimento da musculatura, tensão, entre outros (HOLANDA et al., 2013). Esse sentimento de medo ou ameaça pode acontecer realmente diante de uma situação perigosa, o que se considera como uma resposta adaptativa, ou seja, a reação apresentada é coerente com aquele acontecimento. No entanto, devido a processos de aprendizagem, as reações podem ocorrer de maneira exacerbada, diante de situações não ameaçadoras. Em razão desses processos, a ansiedade acaba por ser desenvolvida como hábito.

Quando o estado de medo se prolonga e apresenta alta intensidade, pode provocar prejuízos ao indivíduo. A avaliação desse estado deve ser realizada levando em consideração o contexto e a cultura. Segundo o DSM-5 “os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento” (APA, 2014, p. 189). Acrescenta-se que a ansiedade acomete frequentemente um maior número de mulheres, em comparação aos homens.

A ansiedade é considerada pelo modelo cognitivo como multifacetada, envolvendo diferentes elementos nas esferas fisiológica, cognitiva, comportamental e afetiva do funcionamento humano. Estes elementos são acessados quando ambientes ou fatos são analisados antecipadamente como “altamente aversivas porque são percebidas como eventos imprevisíveis, incontroláveis que poderiam potencialmente ameaçar os interesses vitais de um indivíduo” (CLARK; BECK, 2012, p. 17).

A forma como um evento é interpretado é que dará base para que a pessoa responda a este, e não necessariamente o evento em si. Essa descrição vai de acordo com o modelo cognitivo, que tem como fundamento a noção de que a forma como o indivíduo pensa, tem efeitos na maneira como ele tende a se sentir. Em outras palavras, são os pensamentos que conferem a variação emocional e comportamental em relação ao evento vivenciado (BECK, 2013).

O que acontece quando a ansiedade aparece sem necessariamente existir um contexto ameaçador, é uma distorção da situação real. Neste caso, considera-se esse comportamento

mal adaptativo, pois este é precedido por reações exageradas diante de algo que normalmente não provocaria esse tipo de conduta. É uma reação que prejudica o funcionamento do indivíduo (CLARK; BECK, 2012).

Clark e Beck (2012) sugerem cinco critérios que podem indicar estados anormais de medo e ansiedade: 1) Cognição disfuncional: quando a forma como a pessoa interpreta determinados eventos não condiz com a realidade; 2) Funcionamento prejudicado: a resposta da pessoa diante uma situação de perigo é totalmente contrária ao normalmente esperado, o que a expõe a um perigo maior; 3) Manutenção: persistência da ansiedade por longo tempo e de forma elevada; 4) Alarmes falsos: presença de ataques de pânico ou medo intenso na ausência de sinais de ameaça ou ao menor estímulo de ameaça sugeriria um estado clínico; 5) Hipersensibilidade ao estímulo: qualquer estímulo que lembre aquilo que causa medo provoca ansiedade intensa, pela associação à situação ou objeto temido.

Diante de estímulos aversivos, frequentemente surge o sentimento de medo, conhecido também como estressor, que se expressa por meio da resposta ao estresse. A experiência vivenciada pode reforçar ou enfraquecer a forma como a pessoa tende a responder a determinadas situações. Essa resposta vai depender do significado atribuído, por exemplo: uma pessoa pode passar por algo que cause sofrimento e então aprender a evitar ou ela pode perceber algo que a faça superar e ir adiante (BEAR et al., 2008).

A pessoa saudável consegue adaptar sua resposta de estresse por meio da aprendizagem, o que lhe garante preservação de sua saúde, tendo em vista os mecanismos fisiológicos que são acessados na presença de sentimentos ansiosos (BEAR et al., 2008). Geralmente, indivíduos com ansiedade apresentam nível de excitação autonômica (ex: palpitações, sudoreses, tremores, respiração ofegante, sensação de sufocação) constantemente alta sem que esteja na presença de situações aflitivas (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Aspectos psicofisiológicos como excitação basal alta, habituação lentificada e flexibilidade autonômica baixa podem colaborar para a compreensão incorreta de ameaça, sendo essa capacidade compreensiva um aspecto central na regulação da ansiedade (CLARK; BECK, 2012). A resposta fisiológica do corpo pode contribuir para que o indivíduo pense estar na presença de evento intimidador, assim como quando ele pensa em situações de ameaça e o corpo reage fisiologicamente.

No corpo humano, a região do cérebro denominada amígdala, composta por um conjunto de neurônios, tem papel central no processamento das emoções (principalmente nas aversivas, como o medo) e na memória (CANLI et al., 2001; FUENTES et al., 2014). As respostas emocionais, a regulação do comportamento agressivo, os mecanismos de

recompensa e seus efeitos na motivação são coordenados pela amígdala, que participa também de processos cognitivos, como memória e atenção, sendo essencial na interpretação dispensada aos fatos físicos e externos (ANDERSON; PHELPS, 2000).

> Em síntese, a amigdala participa de circuitos em que ocorre uma interação entre as informações vindas do meio externo, configurando as necessidades do organismo em determinado momento. O processamento dessas informações permite o desencadear de respostas autonômicas e comportamentais, bem como a interferência nos próprios processos ideacionais (FUENTES et al., 2014, p. 41 – 42).

O sistema hipocampal constitui as memórias explícitas e a amígdala é responsável pela memória emocional; ambas são ativadas por estímulos em comum e funcionam no mesmo instante. A amígdala recebe sinais das regiões de processamento sensoriais para que seus significados sejam processados. Nesse processo, a consciência se relaciona com a memória de trabalho, constituída pelas estruturas corticais (córtex pré-frontal, cingulado anterior e regiões corticais orbitais). A memória de trabalho e as estruturas relacionadas à memória declarativa de longo prazo (hipocampo e o lombo temporal), estão incluídas na comoção emocional que precisa da amígdala, para que a base neural seja proporcionada à vivência subjetiva do medo (LEDOUX, 2000). Portanto, os aspectos neurais cognitivos desenvolvem uma função essencial na forma de obtenção e manutenção do medo, que podem ser exacerbados e virem a se transformar em ansiedade (BAZAN BLANCO; MATOS DO CANTO DE SOUZA, 2018).

Como visto, a amígdala tem um papel essencial no medo. Beck e Clark (2012) exploram a concepção de que o medo pode ser pré-consciente, sem a ocorrência de processamento cognitivo superior, sem, contudo, desconsiderar a função da cognição em processos mais refinados que constituem a ansiedade. Há a evidência de uma via subcortical de ordem inferior para o processamento do medo condicionado imediato. Entretanto, não se deve desviar a atenção do papel crucial que a atenção, o raciocínio, a memória e a avaliação ou julgamentos subjetivos desempenham no medo e na ansiedade humana.

Assim como as estruturas cerebrais, neurônios, neurotransmissores, entre outros, têm influência na maneira como a pessoa se sente, a forma como a pessoa se sente também produz impactos nesses aspectos neurofisiológicos (SIEGEL, 2016). É um ciclo que movimenta e alimenta a roda da vida; a maneira como esse percurso será realizado ditará a qualidade dessa experiência.

Os transtornos ansiosos são descritos com a presença de características de medo, ansiedade e distúrbios comportamentais associados. O medo é descrito como a resposta emocional frente à ameaça próxima, real ou percebida, sendo na maior parte associado à

excitabilidade autonômica alta, fundamental para comportamentos de luta ou fuga e compreensão de perigo imediato. Enquanto, a ansiedade é uma previsão de algo ameaçador no futuro, constantemente relacionado à tensão muscular, comportamento de cautela ou esquiva e vigilância para se preparar em relação a perigo futuro. Por vezes, há diminuição momentânea da ansiedade quando o elemento de sua causa é evitado. Apesar de se diferenciarem, ambos os estados se sobrepõem (APA, 2014).

Ainda que as respostas emocionais sejam essenciais para a sobrevivência humana, o manejo equivocado destas pode acarretar sofrimento. A vivência exacerbada de sintomas ansiosos pode prejudicar o dia a dia da pessoa, podendo intensificar-se e transformar-se em transtorno. Assim é importante o conhecimento desses estados, para poder prevenir seu agravamento, conduzindo a pessoa para atendimento profissional especializado.

2.2.1 Ansiedade no tratamento do câncer

A vivência de sintomas de ansiedade pelas pessoas com câncer pode ser observada desde o diagnóstico, podendo acompanhar o paciente em todo percurso do tratamento, ressoando na qualidade de vida, na adesão, no resultado do tratamento e na perspectiva de vida após a doença (BERGEROT et al., 2014; PAULA; SAWADA, 2015; SIMÃO et al., 2017).

Um estudo transversal foi realizado com 55 pacientes, com idade variando de 32 a 80 anos, a maioria do sexo feminino, casada e com até três filhos, com poucos anos de estudo. Dos participantes, 21,8% indicaram provável ansiedade. De acordo com os pesquisadores, a presença de ansiedade tem impacto no bem-estar físico, funcional, emocional, social/familiar, bem como na qualidade de vida global, podendo atrapalhar o paciente em seu processo de tratamento. Os autores fizeram relação da ansiedade com os receios associados ao câncer no início do tratamento, devido aos efeitos esperados como resultado da quimioterapia. Ressalta-se que o recebimento do diagnóstico provoca um tempo de confusão que precisa de espaço para ser assimilado, pensando em ajustamentos para essa nova fase da vida (SIMÃO et al., 2017).

Outro estudo comparou as percepções da doença e os indicadores de ansiedade e depressão entre mulheres com câncer cervical e mulheres com câncer de mama. Das 76 participantes, 38 tinham câncer de mama e as outras 38, câncer cervical. A maioria delas

apresentaram ansiedade de moderada a grave. Os autores concluíram que os tipos de câncer não apresentaram diferenças significativas quanto à ansiedade (CASTRO et al., 2015).

Considera-se que a ansiedade pode impactar o bem-estar global das pessoas e que no paciente com câncer há o comprometimento do processo de tratamento, que é essencial para manutenção da saúde e qualidade de vida. O estado emocional do paciente pode ser um fortalecedor nessa etapa de recuperação e na manutenção de uma vida saudável.

2.3 DEPRESSÃO

Depressão é um estado de humor caracterizado por manifestações de profunda tristeza e sentimentos associados de desesperança, desencorajamento, sensação de vazio, pesar, desânimo, desalento, desespero, entre outros. Seus principais sintomas são modificações no sono e apetite, fadiga, irritabilidade, viés negativo de pensamento, falta de prazer ou de interesse em atividade habituais, isolamento social e ideação suicida (QUEVEDO; SILVA, 2013).

A depressão pode ocorrer frente a acontecimentos que abalam o indivíduo, cuja forma de resposta é o humor deprimido, o que se considera adaptativo, tendo duração e intensidade limitados. Quando esse estado se estende no tempo e na intensidade, podem ser desenvolvidos os transtornos depressivos, que prejudicam e incapacitam a vida. Os prejuízos decorrentes podem se manifestar nos aspectos cognitivos, emocionais, motivacionais, físicos e vegetativos (ALFORD; BECK, 2011).

Esses prejuízos geram sintomas que possibilitam a identificação da depressão. Pendulla (2016) pensando no exame atento da depressão sugere sua divisão em três componentes, sendo emoções, pensamentos e sensações físicas. Na parte emocional há predominância de sentimentos de inutilidade, culpa, desamparo e perda de prazer. Quanto aos pensamentos, manifestam-se em forma de ruminação, dificuldade de concentração, indecisão, perda de esperança e pensamentos de suicídio ou morte. Fisicamente as manifestações acontecem por meio de alterações no apetite e no peso, mudanças nos padrões de sono, energia diminuída, lentificação ou agitação psicomotora.

A depressão é considerada pela neurociência como decorrência de um funcionamento prejudicado de neurotransmissores, que traz como consequência a manifestação de humor depressivo, falta de interesse e prazer (BEAR et al., 2008). Nesta perspectiva, apontam-se modificações nas áreas frontais, uma vez que a parte frontal do cérebro é a responsável pelos aspectos atencionais, psicomotores, funções executivas e de tomada de decisão. O sistema

límbico e troco encefálico, modulados pelas áreas frontal e estriatal, estão relacionados fisiologicamente na intervenção do comportamento emocional. Há também indícios de alterações no funcionamento do córtex pré-frontal, na substância branca subcortical, gânglios da base e tálamo em estados depressivos (ROZENTHAL et al., 2004).

A amígdala, situada no sistema límbico, associa-se com o aprendizado emocional, uma vez que acontece estimulação desta área frente a situações emocionais, como aquelas que desencadeiam medo. Quando uma pessoa passa por alguma situação que lhe amedronta, fisiologicamente há uma alteração na amígdala. Assim, quando esta é estimulada, como exemplo, por uma lembrança de uma situação amedrontadora, essa mesma resposta aparece, mesmo sem reforço externo. O pensamento de que situações negativas associadas a processos já vivenciados possam acontecer, também acionam um alerta que chega à amígdala, que, por sua vez, responde como se aquela situação estivesse realmente acontecendo. Deste modo, a pessoa mantém esse comportamento aprendido anteriormente, fazendo com que esse ciclo depressivo se estenda, mesmo sem a presença de acontecimentos externos que lhe causem medo (ROZENTHAL et al., 2004).

As emoções colaboram para o processo de tomada de decisão; por estarem alteradas, os pacientes deprimidos têm dificuldades em tomar decisões. Eventos diários podem provocar enfraquecimento efetivo ou fortalecimento das conexões sinápticas dependendo das condições (ROZENTHAL et al., 2004).

Com relação às características inerentes à depressão, o modelo cognitivo apresenta as seguintes: alteração específica do humor (tristeza, apatia, solidão); autoconceito negativo associado à autoculpabilização e autoacusação; desejos regressivos e autopunitivos (desejo de fugir, esconder-se ou morrer); alterações vegetativas (anorexia, insônia, perda da libido); alteração no nível de atividade (retardo psicomotor ou agitação) (ALFORD; BECK, 2011). Este também apresenta três concepções para esclarecer a essência psicológica da depressão: a tríade cognitiva; os esquemas; e os erros cognitivos (BECK et al., 1997).

A tríade cognitiva refere-se aos pensamentos negativos do indivíduo sobre o ambiente, sobre si mesmo e o futuro. São distorcidos de forma negativa, que é a maneira que o deprimido vê o mundo. Porém, esta sozinha não pode ser a causa da depressão, embora possibilite a manutenção do transtorno (KNAPP, 2004).

Relativo aos esquemas, mesmo existindo aspectos positivos em sua vida, o paciente deprimido conserva atitudes ocasionadoras de sofrimento. As situações são compostas de vários estímulos e cada pessoa seleciona aqueles com que está familiarizada; de maneira singular, os harmoniza em um padrão e conceitualiza contextos. Geralmente, as pessoas

respondem de maneira diferente a uma mesma situação. No entanto, um único indivíduo tende a responder de forma semelhante a situações parecidas. Desta forma, configuram-se os padrões cognitivos para responder aos acontecimentos, que serão levemente estruturados de acordo com a compreensão de uma série de eventos distintos (BECK et al., 1963).

Esses padrões cognitivos se tornam esquemas, o que possibilita a compreensão de como a pessoa tende a se comportar frente às situações. Na depressão, a análise que o indivíduo faz de determinados acontecimentos é distorcida, para que os esquemas disfuncionais sejam compreensíveis. O esquema é o alicerce para distinguir e sistematizar as experiências. Ele analisa os fatos através de uma matriz de esquemas, que são a sua lente para a compreensão dos acontecimentos. Esta é a forma como o pensamento depressivo é organizado estruturalmente (BECK; DOZOIS, 2011).

Com relação aos erros cognitivos, acontece que, no pensamento do indivíduo deprimido, mantém-se a convicção negativista de seu raciocínio, mesmo com indicação de incoerência. Esse processamento falho de informações sustenta a forma pessimista de olhar para o mundo e para si (BECK et al., 1997).

Sintomas depressivos podem possibilitar o desencadeamento de transtornos, tais como: o transtorno disruptivo da desregulação do humor, o transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), o transtorno depressivo persistente (distimia), o transtorno disfórico pré-menstrual, o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, e o transtorno depressivo devido à outra condição médica, que podem ser agravados devido a sintomas da depressão (APA, 2014).

Considera-se que a depressão frente ao diagnóstico de câncer pode prejudicar e incapacitar a busca por tratamento e a manutenção das adequações necessárias durante este percurso. Alguns sintomas depressivos são semelhantes às reações advindas da própria doença ou do processo de tratamento, por isso, faz-se importante observar o paciente e reconhecer a diferença, para poder oferecer os cuidados adequados a cada demanda.

2.3.1 Depressão no tratamento do câncer

É necessário proporcionar a devida atenção à depressão, especificamente quando se trata de pacientes adoecidos, como é o caso do câncer. É importante a percepção precoce, para que seja possível intervir, atenuando ou intercedendo nos prejuízos que poderiam repercutir

na qualidade de vida, tendo em vista que os estados de humor depressivos afetam também o sistema imunológico do indivíduo (FONSECA; CASTRO, 2016).

A influência da depressão no tratamento do paciente com câncer é negativa, podendo elevar a possibilidade do desenvolvimento desta doença neoplásica (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009). Os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão em pacientes oncológicos são: história pregressa de depressão, presença de sintomas relacionados ao câncer e idade inferior a 50 anos (FANELLI; OLIVEIRA, 2018).

Em um estudo que considerou os sintomas depressivos em pacientes com câncer prestes a iniciar tratamento quimioterápico, 23,6% indicaram provável depressão. Considera-se que a depressão no paciente com câncer pode intensificar os sintomas físicos, provoca preocupações excessivas com relação ao futuro no âmbito social, familiar, financeiro, entres outros, acarretando prejuízos para enfrentar o adoecimento (SIMÃO et al., 2017).

Uma pesquisa sobre depressão em pacientes com câncer apontou que 56% das 52 mulheres entrevistadas apresentaram sintomas de depressão moderada e grave. Os autores associaram a presença de sintomas depressivos a um impacto negativo na qualidade de vida, pois a depressão se expande para diferentes domínios da vida, como a saúde física, as relações interpessoais e o autocuidado. Estes resultados justificam a necessidade de um cuidado multidisciplinar e integral voltado ao paciente oncológico. A desestrutura causada pelo diagnóstico de câncer desencadeia sofrimento e sentimento de tristeza (MONTE et al., 2015).

Ferreira et al. (2015) desenvolveram uma pesquisa cujo intuito foi identificar a prevalência da ansiedade e depressão em mulheres em tratamento ambulatorial para câncer de mama. Foi um estudo descritivo transversal, com 97 mulheres, entre junho e julho de 2014, com aplicação de questionário de caracterização da amostra e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Os autores chegaram aos seguintes resultados: a amostra foi composta por maioria de mulheres entre 49 e 58 anos, em tratamento ambulatorial com quimioterapia e tempo de tratamento inferior a três anos. Eram casadas e possuíam ensino fundamental completo. Entre as participantes encontrou-se 24,74% com ansiedade e 26,8% com depressão. Os autores inferiram que a presença de ansiedade e depressão nessas mulheres, devia-se: às alterações psicológicas concernentes à doença pelas quais elas passavam; às modificações físicas acarretadas pelos tratamentos; e ainda ao medo da recidiva da doença e o temor da morte.

Comparando as percepções da doença e os indicadores de depressão em 76 mulheres, destas 38 com câncer cervical e 38 com câncer de mama, constatou-se que a maioria das participantes apresentaram os níveis mínimo e leve de depressão, indicando que os tipos de

câncer não apresentaram diferenças significativas em relação à depressão (CASTRO et al., 2015).

Outro estudo teve amostra composta por 233 pacientes, dos quais 65% eram mulheres, 55% tratavam-se por quimioterapia; e 37% tinha até três anos de tratamento. Entre os entrevistados, encontrou-se 31,33% dos pacientes com ansiedade provável ou possível, e 26,18% com depressão provável ou possível. Após correlação dos dados, não identificaram diferença nos subgrupos, porém houve uma tendência maior a mulheres apresentarem depressão. Os autores concluíram que a ansiedade e a depressão são distúrbios prevalentes em pacientes oncológicos, posto que mais de um quarto dos pacientes demonstrou componentes de transtorno psicológico, tendo um predomínio de depressão em mulheres (FERREIRA et al., 2016).

O reconhecimento dessa população, principalmente dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse são importantes para melhora da qualidade de vida. Pode-se trabalhar em formas de amenizar os prejuízos, incluindo estratégias que auxiliam a reduzir os sintomas e a melhorar o desempenho nas atividades da vida diária. Tais intervenções podem trazer benefícios para o processo de tratamento, com participação mais ativa do paciente, e evitar maiores prejuízos cognitivos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Medir a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com câncer e sua relação com a qualidade de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Descrever as características sociodemográficas e clínicas da amostra estudada;
b) Medir a prevalência de sintomas de depressão através da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21);
c) Medir a prevalência de sintomas de ansiedade e estresse através da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21);
d) Verificar associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer, sintomas de depressão, ansiedade e estresse, e sua relação com a qualidade de vida.

4 MÉTODO

4.1 DESCRIÇÃO DO DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal para medir a manifestação de sintomas de depressão, ansiedade e estresse entre pacientes que realizam tratamento para o câncer e sua relação com a qualidade de vida.

4.2 PARTICIPANTES

A amostra foi constituída de indivíduos em tratamento para câncer em um Instituto na Região Norte. O Instituto de Oncologia e Radioterapia São Pellegrino, realiza atendimentos desde 1995, é credenciado ao Ministério da Saúde, fazendo atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por planos de saúde particulares. O Instituto é localizado no município de Porto Velho – RO, na Estrada de Santo Antônio, nº 5843, Bairro Triângulo.

No estado de Rondônia, estima-se que cerca de 8.500 pessoas são cadastradas como tendo câncer. Como a pesquisa foi em uma Instituição de atendimento ao paciente com câncer, dentre outras existentes no Estado, será utilizado o quantitativo aproximado de pacientes atendidos nesta Instituição para calcular o tamanho da amostra. A informação obtida pela instituição, é que 500 pacientes são atendidos nesta.

Assim, com um nível de significância de 0,05, ou seja, com uma confiança de 95% e com uma margem de erro de 5%, o tamanho da amostra é dada por:

$$n = \frac{z^2 * P * (1 - P)}{e^2}$$

Se a população for finita, o tamanho da amostra pode ser corrigido por:

$$n_{ajus} = \frac{N * n}{N + n}$$

O tamanho da amostra para a variável ansiedade é: n = 331 pessoas e o seu tamanho corrigido para um total de 500 pessoas cadastradas no Instituto São Pellegrino é n_{ajus} = 200 pessoas. O tamanho da amostra para a variável depressão é: n = 297 pessoas e o seu tamanho corrigido para um total de 500 pessoas cadastradas no Instituto São Pellegrino é n_{ajus} = 183 pessoas.

Portanto, com uma amostra de 200 pessoas é possível trabalhar com as variáveis. Considerando 10% de possíveis perdas ou dados perdidos, o tamanho da amostra fica igual a

220 pessoas. Desta forma, estabeleceu-se que o tamanho da amostra é igual a 220 pessoas para uma população de 500 pessoas.

Os participantes foram selecionados aleatoriamente, considerando que as consultas eram realizadas por ordem de chegada. Optou-se por selecionar da seguinte maneira: a cada três pacientes da fila de espera, um era convidado a participar do estudo. A conta foi feita de forma sequencial na forma crescente dos números (1 2 3, 4 5 6, 7 8 9, 10 11 12, ...), e assim sucessivamente. O paciente selecionado para participar do estudo era aquele que se encontrava no meio de cada um desses blocos de três números. Seguindo o exemplo dos números acima, estes foram o 2, 5, 8, e 11. Essa numeração seguiu até completar o número necessário de participantes para o estudo.

4.2.1 Critérios de inclusão

Como critério de inclusão, os participantes deveriam ter recebido o diagnóstico de câncer, incluindo aqueles que ainda não iniciaram o tratamento, aqueles em tratamento e os que fazem acompanhamento. Além disso, era necessário que fossem maiores de 18 anos e estivessem em atendimento no Instituto São Pellegrino.

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo pacientes com comprometimento cognitivo ou orgânico que os impedisse de compreender e responder as questões dos instrumentos de pesquisa. Esses foram indicados por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e da avaliação clínica.

4.3 INSTRUMENTOS

a) Questionário sociodemográfico e clínico: neste constam informações importantes sobre o perfil do participante da pesquisa, tais como idade, sexo, escolaridade, tipo de câncer, estadiamento, entre outras (Apêndice B), foi elaborado por meio de consultas em outras pesquisas desenvolvidas com pacientes com câncer;

b) Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): trata-se de um teste utilizado para compreensão da condição mental. Avalia diferentes aspectos da cognição, como: orientação temporal e espacial (cinco questões para cada), memória de registro (repetir três palavras que serão ditas pelo aplicador), atenção e cálculo (subtração seriada do sete até cinco vezes), memória de evocação (mencionar as três palavras ditas no item memória de registro),

linguagem (sete comandos que apreciam compreensão e elaboração linguística). Foi traduzido para a língua brasileira por Bertolucci et al. (1994). Na pesquisa, foi utilizado para avaliar possíveis comprometimentos cognitivos que comprometessem a compreensão dos demais instrumentos da pesquisa (Anexo B);

c) Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (DASS-21): este é um instrumento autoaplicável, constituído por três subescalas (depressão, ansiedade e estresse), traduzido, adaptado e validado para população brasileira por Vignola e Tucci (2014). As respostas são obtidas por meio de escala do tipo *likert* de quatro opções (0, 1, 2 e 3), sendo zero correspondente a não aconteceu e três a aconteceu a maior parte do tempo. Cada subescala da DASS-21 consiste em sete itens, que avaliam o estado emocional. As perguntas são direcionadas para esclarecer como cada indivíduo se sentiu na última semana, por meio das quatro possíveis respostas do questionário. O resultado final é obtido pelo somatório dos números das opções escolhidas em cada subescala;

d) Escala de qualidade vida *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30): esta escala compreende 30 itens que avaliam sintomas na última semana, com 24 reunidos em nove medidas de multi-itens, sendo cinco escalas funcionais: funcionamento físico (FF), desempenho de papéis (DP), funcionamento emocional (FE), funcionamento cognitivo (FC), funcionamento social (FS); três escalas de sintomas: fadiga (FA), náusea/vômito (NV) e dor (DO) e uma escala de estado de saúde global (ESG). Os seis itens individuais avaliam os sintomas: dispneia (DIS), insônia (IN) perda de apetite (PA), constipação (CO), diarreia (DI) e dificuldade financeira (DF). Esta escala utiliza a categoria de respostas tipo *likert* de quatro opções variando de “não” a “muito”, exceto para a avaliação do estado global de saúde, que utiliza uma classificação de 1 a 7, onde 1 é péssima e 7 é ótima. Para verificação dos resultados, todas as escalas e itens individuais são pontuadas de zero a cem, conforme instruções do manual de pontuação do EORTC QLQ-C30 (FAYERS et al., 2001), sendo que uma pontuação maior para escala funcional e de saúde global representam nível funcional saudável e melhor qualidade de vida respectivamente. Já na escala de sintomas, quanto maior a pontuação, maior nível de sintomatologia e problemas. O questionário de Qualidade de Vida relacionado à saúde, foi traduzido e validado para população brasileira (SILVA, 2008) e sua utilização é autorizada pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC);

e) Prontuários: são documentos que contemplam os dados do paciente, procedimentos médicos realizados, tratamento ao qual está sendo submetido, tipo de doença e estadiamento e

demais informações que a equipe médica achar importante incluir. A autorização para acesso aos prontuários está incluída no TCLE (Anexo A);

f) Avaliação Clínica: os pacientes oncológicos seriam avaliados por médico oncologista que verificaria se as condições clínicas do paciente permitiam a sua participação no estudo. Na avaliação clínica, foram seriam considerados impossibilitados de participarem do estudo pacientes com demência, falta de lucidez e outras situações que impedissem sua compreensão diante as informações solicitadas. A *priori* esta avaliação foi pensada, mas na execução da pesquisa não ocorreu, ficando o mini mental responsável pela triagem dos pacientes que conseguiriam responder ao questionário e escalas.

4.4 PROCEDIMENTOS

O projeto foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia (CEP - UNIR) e aprovado sob o protocolo CAAE 93822518.5.0000.5300, o número do parecer é 3.185.859. A coleta de dados dos indivíduos que aceitaram participar da pesquisa foi realizada no Instituto de Oncologia e Radioterapia São Pellegrino, situado no município de Porto Velho/RO, na Estrada de Santo Antônio, nº 5843, Bairro Triângulo.

Os pesquisadores entraram em contato com os pacientes que foram sorteados para convidá-los a participarem da pesquisa, através da lista de atendimento do dia, fornecida pela equipe do Instituto São Pellegrino. Àqueles que aceitaram, foi entregue Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A) em duas vias, ficando uma com o participante e uma com a pesquisadora. Após a assinatura do Termo, os participantes responderam ao questionário sociodemográfico e clínico, a escala de depressão, ansiedade e estresse e a de qualidade de vida, através das perguntas feitas individualmente pela pesquisadora a cada participante. Os prontuários foram utilizados para consulta aos aspectos clínicos da doença que os pacientes não souberam responder.

Os encontros com os pacientes aconteceram em dia de consulta médica. As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta conforme funcionamento do Instituto, enquanto os pacientes aguardavam a consulta com médico oncologista, em local previamente adaptado. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e duas alunas da graduação em Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR, que demonstraram interesse em colaborar com o estudo. Estas foram previamente treinadas pela aluna pesquisadora de mestrado, para realizar as aplicações de questionários, além de serem devidamente instruídas

quanto aos cuidados a serem tomados no contato com os pacientes. A coleta de dados aconteceu de janeiro a abril de 2019. O controle da execução de todos os procedimentos foi monitorado pela pesquisadora de mestrado, buscando cumprir com rigor as exigências necessárias em pesquisas científicas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e aprovado sob o número 3.361.997. Todos colaboradores que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado seguindo as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) para pesquisas com seres humanos. Todas as informações coletadas foram utilizadas para atingir os objetivos deste estudo.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram inseridos e tabulados no *Software Microsoft Excel* 2010 e depois analisados pelo *software* Epi Info[1] versão 7.2.2.2. Para a idade, que é uma característica sociodemográfica, foi realizada a descrição através do valor mínimo (Mín), primeiro quartil (Q_1), mediana ou segundo quartil (Q_2), terceiro quartil (Q_3), máximo (Máx), média (x') e desvio-padrão (DP). Para as variáveis qualitativas e ordinais (perfis sociodemográficos e clínicos) as descrições foram realizadas através da obtenção de suas frequências absolutas e o valor percentual (DEAN, 2017).

Para explorar as relações conjuntas existentes entre as características dos dados categóricos do perfil sociodemográfico, clínico e sintomas de depressão, ansiedade e estresse dos pacientes oncológicos, foi realizada a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) e para complementar a visualização gráfica multidimensional da ACM na formação de grupos, foi utilizada a Análise Hierárquica de Cluster (AHC) com medida de similaridade obtida pela distância euclidiana através do método de Ward.

Com o objetivo de obter o grau de relacionamento entre as variáveis da escala de depressão, ansiedade, estresse (DASS-21), da escala de qualidade de vida (EORTC QLQ – C30), que inclui o estado de saúde global, a escala funcional, e a escala de sintomas dos pacientes oncológicos atendidos no Instituto de Oncologia e Radioterapia São Pellegrino foi aplicada a correlação linear de Spearman. O nível de significância utilizado foi de 0,05.

REFERÊNCIAS

ALFORD, B. A.; BECK, A. T. **Depressão**: causas e tratamento. 2 ed. Porto Alegre. Artmed, 2011.

ALVES, G. da S.; VIANA, J. A.; SOUZA, M. F.S. de. Psico-oncologia: uma aliada no tratamento de câncer. **Pretextos**, PUC Minas v. 3, n. 5, p. 520-537, 2018. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15992/13025. Acesso em: 17 out. 2018.

ANDERSON, A. K.; PHELPS, E. A. Expression without recognition: Contributions of the human amygdala to emotional communication. **Psychol. Science**, v. 11, n. 2, p. 106-111, 2000. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11273416. Acesso em: 20 set. 2018.

ANDRADE, A. M. R.; AZEVEDO, J. M. H. O impacto do diagnóstico oncológico: contribuições da terapia cognitivo-comportamental. **Rev. Científica HSI**, v. 2, n. 3, p. 36-40, 2018. Disponível em: https://www.hospitalsantaizabel.org.br/images/liana/Revista_Cientifica_HSI_2018_V3_FINAL.pdf#page=36. Acesso em: 30 set. 2018.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAZAN BLANCO, Marília; MATOS DO CANTO-DE-SOUZA, Azair Liane. Ansiedade, memória e o transtorno de estresse pós-traumático. **CES Psicol**, Medellín , v. 11, n. 2, p. 53-65, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802018000200053&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Dez. 2019.

BEAR, M. F. et al. A. **Neurociências**: desvendando o sistema nervoso. Porto Alegre. Artmed, 2008.

BECK, A. T. Thinking and depression. **Arch Gen Psychiatry**, v. 9, p. 324- 33, 1963. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488402. Acesso em: 04 dez. 2019.

BECK, A. et al. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Sandra Costa (Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, A. T.; DOZOIS, D. J. A. Cognitive therapy: current status and future directions. **Annual Review of Medicine**, v. 62, p. 397-409, 2011.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-comportamental**: teoria e prática. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, 413 p, 2013.

BERGEROT, C. D. et al. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 187-197, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n2/a02v19n2.pdf. Acesso em: 16 abr. 2018.

BERNAT, A. B. R.; PEREIRA, D. R.; SWINERD, M. M. (Orgs). Desafios no cuidado integral em oncologia. – Rio de Janeiro: **INCA**, 2013. 90p.: il. – (Cadernos Psicologia, 1). Disponível em: http://coleciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=931. Acesso em: 15 mai. 2018.

BERTOLUCCI, P.H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**., v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf. Acesso em: 02 nov. 2018.

BOTELHO, A. S. C.; PEREIRA, M. da G. Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorretal em quimioterapia. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 50-60, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0050.pdf. Acesso em: 15 mai. 2018.

BOTTINO, Sara Mota Borges; FRAGUAS, Renério; GATTAZ, Wagner Farid. Depressão e câncer. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 36, supl. 3, p. 109-115, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000900007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático: controle de câncer / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos; Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Brasília, **Ministério da Saúde**, 2013. 60 p.

CAMPOS, F. G. C. M. de. et al. Incidência de câncer colorretal em pacientes jovens**. Rev. Col. Bras. Cir**, v. 44, n. 2, p. 208-215, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v44n2/pt_0100-6991-rcbc-44-02-00208.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

CANGUSSU, R. de O. et al. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – Short Form. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 2, p. 106-110, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000200005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 mai. 2018.

CANLI, T. et al. An fMRI study of personality influences on brain reactivity to emotional stimuli. **Behavioral Neuroscience**, v. 115, n. 1, p. 33-42, 2001. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11256451. Acesso em: 12 out. 2018.

CASTRO, E. K. et al. Percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 16, n. 3, p. 359-372, 2015. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/362/36244846007.pdf. Acesso em: 22 mai. 2018.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade** [recurso eletrônico]: ciência e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

COSTA, J. Cancer. **Britannica Academic**. Encyclopaedia Britannica, 2018. Disponível em: https://academic-eb britannica.ez8.periodicos.capes.gov.br/levels/collegiate/article/cancer/106118. Acesso em: 04 nov. 2018.

CRONIN, K. A., et al. Annual report to the nation on the status of cancer, part I: national cancer statistics. **Cancer**, v. 124, n. 13, p. 2785-2800, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29786848. Acesso em: 19 out. 2018.

DEAN A. G. et al. **Epi Info**, Version 7.2.2.2: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers of Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA, 2017.

FAYERS, P. M. et al. **The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual**. European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 3 ed., Brussels, 2001. Disponível em: https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018

FANELLI, M. F.; OLIVEIRA, M. L. F. N. Cuidados com o paciente oncológico. In: FUKUMITSU, K. O. (Org). **Vida, morte e luto** [recurso eletrônico]: atualidades brasileiras. São Paulo. Summus, 2018. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=VtReDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT105&dq=sintomas+de+transtornos+de+ansiedade+e+depress%C3%A3o+em+pacientes+com+cancer&ots=wBW3wU8Lpt&sig=oGkGnlvnphu2FChFYAzA-l43WJo#v=onepage&q=sintomas%20de%20transtornos%20de%20ansiedade%20e%20depress%C3%A3o%20em%20pacientes%20com%20cancer&f=false. Acesso em: 31 out. 2018.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOGOCAN 2012**. Int. J. Cancer**, v. 136, n. 1, p. 359–386, 2015. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijc.29210. Acesso em: 09 mai. 2018.

FERREIRA, A. S. et al. Câncer de mama: estimativa da prevalência de ansiedade e depressão em pacientes em tratamento ambulatorial. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 3, p. 185-189, 2015. Disponível em: http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/5548/3143. Acesso em: 21 mai. 2018.

FERREIRA, A. S. et al Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. **RBC**, v. 62, n. 4, p. 321-328, 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v04/pdf/04-artigo-prevalencia-de-ansiedade-e-depressao-em-pacientes-oncologicos-e-identificacao-de-variaveis-predisponentes.pdf. Acesso em: 21 mai. 2018.

FONSECA, R. da; CASTRO, M. M.de. A importância da atuação do psicólogo junto a pacientes com câncer: uma abordagem psico-oncologica**. Psicodebate**, v. 2, n. 1, p. 54-72, 2016. Disponível em: http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/46. Acesso em: 15 mai. 2018.

FUENTES, D.; et al., (Orgs). **Neuropsicologia**: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

HOLANDA, V. N. et al. As bases biológicas do medo: uma revisão sistemática da literatura. **Interfaces**, v. 1, n. 3, p. 1-15, 2013. Disponível em: http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/30/pdf_1. Acesso em: 24 out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Tratamento**. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento. Acesso em: 19 mai. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf. Acesso em: 20 abr. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122p. Disponível em: http://santacasadermatoazulay.com.br/wp-content/uploads/2017/06/estimativa-2016-v11.pdf. Acesso em: 15 mai. 2018.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre. Artmed, 2004.

KOCH, M. O. et al. Depressão em pacientes com câncer de mama em tratamento hospitalar. **Saúde e Pesquisa,** v. 10, n. 1, p. 111-117, 2017. Disponível em: http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5654/3011. Acesso em: 07 mai. 2018.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos, e aos seus próprios parentes. 9 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

LEDOUX, J. E. Emotioncircuits in the brain. **Annu Rev Neurosc**, v. 23, n. 1, p. 155-184, 2000. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10845062. Acesso em: 20 set. 2018.

LEITE, M. A.C.; NOGUEIRA, D. A.; TERRA, F. de S. Aspectos sociais e clínicos de pacientes oncológicos de um serviço quimioterápico**. Rev Rene**, v. 16, n. 1, p. 38-45, 2015a. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2661/2046. Acesso em: 04 mai. 2018.

LEITE, M. A.C.; NOGUEIRA, D. A.; TERRA, F. de S. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico. **Rev. Latino-Am. Enf**, v. 23, n. 6, p. 1082-1089, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01082.pdf. Acesso em: 18 out. 2018.

MONTE, L. R. S. et al. Avaliação dos níveis de depressão identificados em mulheres com diagnóstico de câncer de mama. **R. Interd**, v. 8, n. 4, p. 64-70, 2015. Disponível em:

https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/684/pdf_263. Acesso em: 10 mai. 2018.

MOREIRA B. de S. et al. Exposição ocupacional e perfil de pacientes oncológicos de regiões da fronteira agrícola amazônica em Rondônia. **Biosaúde**, Londrina, v. 19, n. 1, p. 39-49, 2017. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/biosaude/article/view/31799. Acesso em: 18 abr. 2018.

MUKHERJEE, Siddhartha. **O imperador de todos os males:** uma biografia do cancer. Tradução Berilo Vargas. 1 ed., São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

OLIVEIRA, M. M. de. et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 2, p. 146-157, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00146.pdf. Acesso em: 07 mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Globocan 2018**: Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, worldwide, both sexes, all ages. International Agency for Research on Cancer [homepage on the Internet]. Geneva, 2018. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars. Acesso em: 26 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa-câncer.** Organização mundial de saúde, Brasília-DF, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839. Acesso em: 17 mai. 2018.

PANIS, C. et al. Localizações primárias de câncer mais incidentes na 8ª regional de saúde do Paraná e potenciais fatores de risco. **Biosaúde**, v. 18, n. 2, p. 54-63, 2016. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/biosaude/article/view/24503. Acesso em: 02 abr. 2018.

PAULA J. M.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Rev Rene**, v. 16, n. 1, p. 106-113, 2015. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324036185013. Acesso em: 02 mai. 2018.

PEDULLA, T. Depressão: encontrar um caminho de entrada, encontrar um caminho de saída. In: GERMER, C. K.; SIEGEL, R. D.; FULTON, P. R. **Mindfulness e psicoterapia** [recurso eletrônico]. Tradução: Maria Cristina Gularte Monteiro; revisão técnica: Melanie Ogliari Pereira. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 146 – 160.

PEREIRA, S. et al. Neoplasias múltiplas de pele em indivíduos com menos de 40 anos em Goiânia, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 64, p. 1-8, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005777.pdf. Acesso em: 20 set. 2018.

PIMENTA, V. A. R., et al. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em idosos. **SIMPAC**, v. 5, n. 1, p. 183-186, 2013. Disponível em: https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/105/267. Acesso em: 01 out. 2018.

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (Orgs). **Depressão**: teoria e clínica [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=KTVxDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Depress%C3%A3o:+teoria+e+cl%C3%ADnica&ots=IA0Tgv189Q&sig=_Y7rtPhQNH7atKynh_LfAn9Wiqs#v=onepage&q=Depress%C3%A3o%3A%20teoria%20e%20cl%C3%ADnica&f=false. Acesso em: 05 out. 2018.

RODGERS K. M. et al. Environmental chemicals and breast cancer: An updated review of epidemiological literature informed by biological mechanisms. **Environ Res**, v. 160, n. 1, p. 152-182, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28987728. Acesso em: 20 abr. 2018.

ROZENTHAL, M.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **R. Psiquiatr**, v. 26, n. 2, p. 204-212, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n2/v26n2a10.pdf. Acesso em: 22 ago. 2018.

SAWADA, N. O. et al. Qualidade de vida de pacientes brasileiros e espanhóis com câncer em tratamento quimioterápico: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am Enf**, v. 24, n. 26, p. 1-12, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02688.pdf. Acesso em: 20 mai. 2018.

SCANNAVINO, C. S. S. et al. Psico-oncologia: atuação do psicólogo no hospital de câncer de Barretos. **Psicologia USP**, v. 24, n. 1, p. 35-53, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000100003. Acesso em: 10 mai. 2018.

SIEGEL, R. D. Distúrbios psicofisiológicos: acolher a dor. In: GERMER, C. K.; SIEGEL, R. D.; FULTON, P. R. **Mindfulness e psicoterapia** [recurso eletrônico]. Tradução: Maria Cristina Gularte Monteiro; revisão técnica: Melanie Ogliari Pereira. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 177 - 196.

SILVA, A. K. et al. Câncer de pele: demanda de um serviço de dermatologia de um hospital terciário. **Saúde**, Santa Maria, v. 38, n. 2, p. 55-64, 2012. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/5660. Acesso em: 18 abr. 2018.

SILVA, F. A. **Validação e reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama**. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente]. São Paulo, 2008. Disponível em: http://livros01.livrosgratis.com.br/cp070705.pdf. Acesso em: 08 jan. 2019.

SIMAO, D. A. da S. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. **Enferm Foco**, v. 8, n. 2, p. 82-86, 2017. Disponível em: http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/874. Acesso em: 10 mai. 2018.

SOUZA, N. H. A. de. et al. Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro. **SANARE**, Sobral, v.16, n. 2, p.60-67, 2017. Disponível: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1179/640. Acesso em: 28 set. 2018.

TORRE, L. A. et al. Estatísticas Cancer mundial de 2012. **CA Cancer J. Clin**, v. 65, n. 2, p. 87-108, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651787. Acesso em: 12 mai. 2018.

VIERO F. T.; LARA J. M. Perfil socioeconômico e clínico de pacientes em tratamento oncológico em um município do norte do Rio Grande do Sul. **Rev Inic Cient da Ulbra**, Canoas, n. 13, p. 80-90, 2015. Disponível em: http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/1418. Acesso em: 03 mai. 2018.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **J affect disord**, v. 155, p. 104-109, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238871. Acesso em: 10 jan. 2019.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, v. 7,n. 1,p. 77-92, jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000100009. Acesso em: 04 nov. 2018.

.

5 PERFIL DOS PACIENTES DE UM INSTITUTO ONCOLÓGICO DO ESTADO DE RONDÔNIA

Elis Monique de Vasconcelos Galvão

RESUMO

Há evidências que mostram um crescente aumento de pessoas acometidas por doença neoplásica. O conhecimento a respeito de uma população permite planejar ações de prevenção, tratamento e reabilitação direcionadas. Esse estudo pesquisou o perfil de pacientes oncológicos atendidos em unidade de tratamento ambulatorial e teve como objetivo descrever as características sociodemográficas e clínicas de pessoas com câncer, atendidas em Instituto de oncologia no Estado de Rondônia, entre janeiro a abril de 2019. Para tanto, fez-se um estudo epidemiológico com delineamento transversal, com 202 pacientes atendidos neste Instituto. Fez-se o uso dos seguintes instrumentos de pesquisa para a coleta de dados: entrevista individual, aplicação de questionário e análise de prontuários. Os dados foram tabulados por meio de recursos da planilha *software Microsoft Excel* 2010 e depois analisados pelo *software* Epi Info[1] versão 7.2.2.2. Os resultados apontaram que a maioria dos pacientes entrevistados eram do sexo feminino (57,43%), entre 18 e 84 anos, com idade média de 57,7 anos, oriundos de cidade diferente da localização do Instituto (64, 36%), casados ou em união estável (60,40%), com baixo nível de escolaridade (67,82%). Houve prevalência de pacientes com câncer hematológico (26,24%), mama (18,81%), útero (17,82%) e próstata (15,84%), no estágio III ou IV da doença (58,18%), e estavam em processo de tratamento (48,02%). A descrição do perfil desses pacientes possibilitou um melhor conhecimento sobre quem são os sujeitos que estão sendo acometidos por doenças neoplásicas. Espera-se que este estudo possa contribuir com o trabalho dos profissionais de saúde na implementação de práticas assertivas que visem não só os aspectos da doença, mas essencialmente a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Epidemiologia. Perfil de saúde. Câncer.

ABSTRACT

There is evidence showing a growing number of people with neoplastic disease. Knowing about a population allows for targeted prevention, treatment and rehabilitation actions. This study investigated the profile of cancer patients treated at an outpatient treatment unit. The objective of this study was to describe the sociodemographic and clinical characteristics of cancer patients treated at the Institute of Oncology in the State of Rondônia from January to April 2019. To this end, a cross-sectional epidemiological study was conducted with 202 patients treated at this Institute. The following research instruments were used for data collection: individual interview, questionnaire application and medical records analysis. Data were tabulated using Microsoft Excel 2010 spreadsheet features and then analyzed by Epi Info1 version 7.2.2.2 software. The results indicated that the majority of the interviewed patients were female (57.43%), between 18 and 84 years old, with an average age of 57.7 years, coming from a city different from the institute location (64, 36%). married or in a stable union (60.40%), with low level of education (67.82%). There was a prevalence of patients with hematologic (26.24%), breast (18.81%), uterus (17.82%) and prostate (15.84%) cancer, in stage III or IV disease (58.18%), and were in the process of treatment (48.02%). The

description of the profile of these patients allowed a better knowledge about who are the subjects who are suffering from neoplastic diseases. It is hoped that this study can contribute to the work of health professionals in the implementation of assertive practices that address not only the aspects of the disease, but essentially the quality of life of patients.

Keywords: Epidemiology. Health profile. Cancer.

5.1 INTRODUÇÃO

O estilo de vida que a maioria da população brasileira tem adotado contribui para o desencadeamento de doenças (REZENDE et al., 2019). Dentre os inúmeros tipos, encontram-se as neoplasias, doenças acarretadas pelo crescimento acelerado e descontrolado de células no organismo. Também se desenvolvem em decorrência de hábitos como alimentação desequilibrada, sedentarismo, exposição a produtos tóxicos sem a devida proteção, e demais fatores de ordem comportamental e/ou ambiental e/ou genética (COSTA, 2018; SILVA, 2018).

Os registros sobre o número de pessoas com câncer permitem previsões de aumento de casos nessa condição de adoecimento. Em 2012, ocorreram mundialmente por volta de 14,1 milhões de novos casos de câncer. A doença foi também responsável por 8,2 milhões de mortes nesse período, existindo a possibilidade de aumento desses índices para as próximas décadas (FERLAY et al., 2015). Estas previsões foram assertivas: a Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (AIPC) divulgou em 2018 que as doenças neoplásicas se constituem em uma das principais causas de adoecimento e morte ocorridas no mundo, com estimativa de 9,6 milhões de óbitos para 2018.

No Brasil, essa estimativa também é crescente. Em 2015, foram estimados 596 mil novos casos de câncer para o ano seguinte (INCA, 2015). Ainda, para 2018 e 2019, estimou-se a ocorrência de aproximadamente 600 mil novos casos de câncer a cada ano. Esses números são associados às mudanças no estilo de vida. Com a urbanização e os avanços das ciências e tecnologias, houve aumento na expectativa de vida, fato que favorece o desenvolvimento de células cancerígenas, devido ao maior tempo de exposição aos fatores de risco (OPAS, 2018).

Na Amazônia ocidental, local de realização desse estudo, houve aumento do fluxo migratório, em busca de oportunidades de trabalhos e melhores condições de vida (IBGE, 2017). Assim, com o crescimento da população e urbanização, a demanda por tratamento também subiu, havendo a necessidade de ampliação de serviços de atendimento ao paciente

com câncer. Ainda, há a procura por parte de pessoas de outros estados da região norte do país (Amapá, Para, Acre) e da Bolívia por atendimento especializado no estado de Rondônia.

Atualmente o Estado de Rondônia conta com quatro serviços especializados no tratamento de neoplasias. Em Porto Velho estão: o Instituto de Oncologia e Radioterapia São Pellegrino, que realiza tratamento de quimioterapia, radioterapia e braquiterapia desde 1995; o Hospital de Amor da Amazônia, inaugurado em novembro de 2017; e a Clínica OncoDaia recentemente inaugurada. No interior do estado, há o Hospital Regional de Cacoal (INCA, 2018a). O Hospital do Amor da Amazônia foi construído visando atender a grande demanda de pessoas da região norte que iam fazer tratamento fora do estado, no Hospital de Barretos em São Paulo (HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS, 2017).

De acordo com o INCA (2015) estima-se aumento de casos de doenças neoplásicas para essa região do país. Assim, a perspectiva de crescimento do número de casos de câncer e a implantação de novos locais de atendimento às pessoas acometidas pelas doenças neoplásicas na região, enseja a necessidade de construção de conhecimentos sobre a temática, apontando como elemento imprescindível a ser analisado, as características atuais das pessoas que enfrentam o adoecimento por câncer.

Fazer um levantamento do perfil de pacientes oncológicos, não só conduz a uma reflexão sobre os tipos de práticas de intervenções pertinentes, como também oportuniza perspectivas de direcionamento dessas práticas, para auxiliá-los a vivenciar esse processo da melhor maneira possível, adotando medidas que permitam a promoção, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce dos cânceres.

Atuando na implementação de medidas terapêuticas de forma assertiva, pode-se oferecer a esses pacientes uma melhor qualidade de vida, o que contribui para a minimização dos efeitos colaterais resultantes do processo de tratamento da doença.

5.2 MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia (CEP/UNIR), sob o número 3.361.997 e sua execução autorizada pela administração do Instituto de Oncologia e Radioterapia São Pellegrino. A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2019.

Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal para descrever as características sociodemográficas de pacientes oncológicos. De acordo com informações da

equipe do Instituto, estes atendem cerca de 500 pacientes por mês. Utilizamos esse quantitativo aproximado de pacientes atendidos para calcular o tamanho da amostra.

Assim, com um nível de significância de 0,05, ou seja, com uma confiança de 95% e com uma margem de erro de 5%, o tamanho da amostra é dada por:

$$n = \frac{z^2 * P * (1 - P)}{e^2}$$

Se a população for finita, o tamanho da amostra pode ser corrigido por:

$$n_{ajus} = \frac{N * n}{N + n}$$

O tamanho da amostra para a variável ansiedade é: n = 331 pessoas e o seu tamanho corrigido para um total de 500 pessoas cadastradas no Instituto São Pellegrino é n_{ajus} = 200 pessoas. O tamanho da amostra para a variável depressão é: n = 297 pessoas e o seu tamanho corrigido para um total de 500 pessoas cadastradas no Instituto São Pellegrino é n_{ajus} = 183 pessoas.

Portanto, com uma amostra de 200 pessoas é possível trabalhar com as duas variáveis. Considerando 10% de possíveis perdas ou dados perdidos, o tamanho da amostra fica igual a 220 pessoas. Assim, o tamanho da amostra é igual a 220 pessoas para uma população estimada de 500 pessoas.

A seleção da amostra foi realizada aleatoriamente, na qual 220 pacientes foram convidados a participar da pesquisa. Destes, 18 não entraram na análise do estudo, porque foram considerados dados perdidos. Foram pacientes que se recusaram a participar da pesquisa ou que não terminaram de responder o questionário. Portanto, esse estudo foi realizado com base nos dados de 202 pacientes.

Também foram excluídos os pacientes com comprometimento cognitivo ou orgânico, que prejudicasse a habilidade necessária para compreender e responder às questões dos instrumentos de pesquisa. Esses foram indicados por meio da avaliação clínica e do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

Foi elaborado um questionário semiestruturado para levantamento das variáveis do estudo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, os pesquisadores foram previamente treinados na aplicação do protocolo de pesquisa.

Foram coletadas as variáveis sociodemográficas, tais como: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, cidade residente, naturalidade, ocupação, mas também as variáveis

relacionadas às características da enfermidade, tipo de câncer, estágios, processos de tratamento e status do tratamento.

Os dados obtidos foram inseridos e tabulados no *software Microsoft Excel* 2010 e depois analisados pelo *software* Epi Info[1] versão 7.2.2.2. Para a idade, que é uma característica sociodemográfica foi realizada a descrição através do valor mínimo (Mín), primeiro quartil (Q_1), mediana ou segundo quartil (Q_2), terceiro quartil (Q_3), máximo (Máx), média (x') e desvio-padrão (DP). Para as variáveis qualitativas e ordinais (perfis sociodemográficos e clínicos) as descrições foram realizadas através da obtenção de suas frequências absolutas e o valor percentual (DEAN, 2017).

5.3 RESULTADOS

Dos 202 pacientes entrevistados 57,43% eram do sexo feminino. Em relação à faixa etária, estes tinham entre 18 a 84 anos, com uma idade média de 57,7 anos, com desvio padrão de 14,2 anos (idade mínima igual a 18 anos; Q 1 = 49,0 anos; idade mediana igual a 57,5 anos; Q 3 = 69,0 anos e idade máxima igual 84,0 anos). Destes 64,36% residem fora da cidade onde se localiza o Instituto no qual fazem o tratamento.

Com relação à escolaridade, observaram-se baixos níveis. 67,82% relataram ter cursado até o ensino fundamental. Cerca de 60,40% são casados, mas 87,13% moravam com alguém, como a mãe ou os filhos. A quantidade média de filhos por paciente foi de 3,56 com desvio padrão de 2,50 (quantidade mínima igual a zero; Q1 = 2,0; quantidade mediana igual a 3,0; Q3 = 5,0 e quantidade máxima de filhos por paciente igual a 13,0).

No que concerne aos rendimentos, 85,64% tinham renda mensal de até três salários mínimos. Sobre a situação laboral 83,66% dos entrevistados não estavam trabalhando no período da entrevista seja por estarem de licença médica, aposentados ou desempregados.

Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas de pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019

Variável	**n (%)**
Gênero	
Masculino	86 (42,57)
Feminino	116 (57,43)
Idade	
18 – 29	7 (3,47)
30 – 59	103 (50,99)
60 – 64	24 (11,88)
65 – 74	37 (18,32)
75 +	31 (15,35)

Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas de pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019

(continua)

Variável	n (%)
Escolaridade	
Não alfabetizado e ensino fundamental	137 (67,82)
Ensino médio e superior	65 (32,18)
Cidade residente	
Porto Velho	72 (35,64)
Outras cidades ou estados	130 (64,36)
Com quem mora	
Sozinho	26 (12,87)
Acompanhado	176 (87,13)
Situação conjugal	
Solteira	80 (39,60)
Casada	122 (60,40)
Número de filhos	
Nenhum	14 (6,93)
Um	17 (8,41)
Dois	53 (26,24)
Três	31 (15,35)
Quatro	27 (13,37)
Cinco	28 (13,86)
Seis ou mais	32 (15,84)
Está trabalhando atualmente	
Sim	33 (16,34)
Não	169 (83,66)
Renda mensal	
Até 3 salários mínimos	173 (85,64)
Mais de 3 salários mínimos	29 (14,36)

Fonte: Dados da Pesquisa. Galvão et al. (2019).

Os tipos de câncer predominantes foram: hematológicos (26,24%), mama (18,81%), útero (17,82%) e próstata (15,84%). Em relação ao estadiamento da doença, 58,18% estavam no estágio III ou IV. Em relação aos procedimentos de tratamento, 68,09% fizeram quimioterapia. No que concerne ao status, 48,02% estavam em período de tratamento; 37,62% estavam em acompanhamento; e 14,36% tinham apenas recebido o diagnóstico e aguardavam para iniciar o tratamento.

Tabela 2- Distribuição das variáveis clínicas de pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019

Variável	n (%)
Tipo de câncer	
Hematológico	53 (26,24)
Mama	38 (18,81)

Tabela 2- Distribuição das variáveis clínicas de pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019

(continua)

Variável	n (%)
Útero	36 (17,82)
Próstata	32 (15,84)
Outros	43 (21,29)
Status de tratamento	
Diagnóstico	16 (7,92)
Em tratamento	110 (54,46)
Acompanhamento	76 (37,62)
Estágio	
I e II	69 (41,82)
III e IV	96 (58,18)
Tipo de tratamento	
Ainda não iniciou o tratamento	16 (7,92)
Quimioterapia	73 (36,14)
Radioterapia	27 (13,37)
Cirurgia	5 (2,48)
Quimioterapia e radioterapia	79 (39,11)
Quimioterapia e cirurgia	2 (0,99)

Fonte: Dados da Pesquisa. Galvão et al. (2019).

5.4 DISCUSSÃO

Neste estudo foi observada predominância de pacientes do sexo feminino, assim como constatou estudos realizados em outros países (CALDERON et al., 2019; JIMENEZ-FONSECA et al., 2019; MARCO; WHITE, 2019; MOLS et al., 2018; NASERI; TALEGHANI, 2018; SU et al., 2019; SUSANNE et al., 2019; ZEYNALOVA et al., 2019). Já os estudos referentes aos cânceres urológico, de pulmão e de esôfago, denotam que homens são mais acometidos por esses tipos de neoplasias (PENG et al., 2019; SHIN et al, 2019; WANG et al., 2019).

Portanto, a predominância de pessoas do sexo feminino ou masculino na população com câncer dependerá da especificidade dos tipos de câncer que serão inseridos nos estudos. Quando a investigação não se restringe a um tipo de câncer específico, sendo estes diversificados, é provável que se encontre maior número de mulheres, como ocorreu nesse e nos demais estudos citados. A predominância de mulheres pode ser atribuída também ao fato de que elas procuram mais por cuidados com a saúde. Porém, quando a pesquisa delimita por tipos de câncer que atingem mais o sexo masculino, é comum que a maior parte dos participantes seja constituída por homens (FERLAY et al., 2015).

A idade média das pessoas foi de 57,7 anos. Em estudos realizados por Sussanne et al. e Wagner et al. (2019), na Alemanha, também foram encontrados esta mesma média de idade. Outros autores encontraram idades médias próximas em seus estudos, como 58 e 59 anos (CALDERON et al., 2019; JIMENEZ-FONSECA et al., 2019; NIKENDEI et al., 2018).

Na China rural, a média de idade foi de 63 anos (SU et al., 2019) e na Austrália a média de idade foi de 60,5 anos (MARCO; WHITE, 2019). No Qatar e no Irã, a idade média encontrada foi menor: 48 e 40 anos respectivamente (MILLIGAN et al., 2018; NASERI; TALEGHANI, 2018).

A idade é considerada como fator de risco para o câncer. Cerca de 90% dos casos de câncer estão associados a causas externas. Além das transformações feitas pelo homem no meio ambiente, nos hábitos e modos de vida, o envelhecimento também é um fator que contribui para o desencadeamento de células cancerígenas. O tempo de exposição aos diversos fatores de risco aumenta as chances de desenvolvimento de neoplasias. Por isso, o câncer tem prevalência maior a partir dos 40 anos de idade, ainda que atinja também pessoas mais jovens, como adultos jovens, adolescentes e crianças (SILVA, 2018).

Estudos específicos com pessoas acometidas pela neoplasia de mama apresentaram idade média de 49,2 anos em Taiwan (CHENG et al., 2019). Já em Gana, a média foi 52,5 anos (KUGBEY; MEYER-WEITZ; ASANTE, 2019). Nos Estados Unidos, média de 53 anos (WHISENANT et al., 2019) e na Califórnia, a idade média foi de 60 anos (CHANG et al., 2019).

Na Coreia do Sul, pessoas com câncer urológico apresentaram média de idade de 66 anos (SHIN et al., 2019). Em Taiwan, mulheres com câncer cervical, também chamado de câncer no colo do útero, a faixa etária média foi de 55 anos (SHYU et al., 2019). As mulheres com câncer de ovário tinham em média 59 anos de idade (CAMARA et al., 2019). Os pacientes com câncer colorretal em Países Baixos (Holanda), tinham média de idade de 69 anos (MOLS et al., 2018). Para o câncer de esôfago, a média encontrada foi de 60 anos (WANG et al., 2019). Pacientes chineses com câncer de pulmão tinham idade média de 53,87 anos (DP =9,19) (PENG et al., 2019).

Embora as idades médias variem de estudo para estudo, esta diferença não é tão significativa. Encontrou-se uma média consideravelmente menor no Qatar e no Irã, e isso pode ser devido a diagnósticos mais precoces ou a fatores comportamentais e/ou ambientais que predispõem o desenvolvimento do câncer mais cedo. Mesmo assim, a idade média dos estudos citados foram a partir dos 40 anos, aproximando-se da idade média dos participantes desta pesquisa que foi 57,7 anos (MILLIGAN, et al., 2018; NASERI; TALEGHANI, 2018).

Quanto à escolaridade, 67,82% eram analfabetos ou cursaram somente o ensino fundamental completo ou incompleto. Em outro estudo, realizado no Brasil, os resultados foram semelhantes: 53% dos pacientes tinham educação básica (BOING et al., 2019). Assim como na Espanha, em que 56% tinham nível educacional primário, correspondente ao ensino fundamental (JIMENEZ-FONSECA et al., 2019).

No Brasil, cerca de 49,5% da população apresenta níveis baixos de escolaridade. Estão inseridas nessa estimativa, pessoas sem instrução ou aquelas que cursaram até o ensino fundamental incompleto e completo (IBGE, 2019).

Na China Rural, mais da metade também tinham nível educacional baixo: 56% tinham ensino primário ou menos (SU et al., 2019). Outros dois estudos, na China e no Irã, apontaram que a maioria dos pacientes tinha nível médio (CHIEN et al., 2019; NASERI; TALEGHANI, 2018; PENG et al., 2019), assim como na Holanda (60%) e na Alemanha (72%) (MOLS et al., 2018; WAGNER et al., 2019). Em contraste, na Califórnia (67%) e Coreia (58%), a maior parte dos participantes tinham nível superior ou nível de instrução mais elevado (CHANG et al., 2019; CHENG et al., 2019; SHIN, et al., 2019).

O nível de escolaridade da população geral brasileira é menor comparado a outros países, assim os dados das pessoas com câncer seguem a mesma lógica, pois é um reflexo da educação no país como um todo. Níveis mais altos de educação sugerem cuidados maiores com a saúde, tendo em vista o conhecimento acerca de fatores de risco e protetivos através de busca desse tipo de informações (BURANELLO et al., 2018). Um estudo realizado no Brasil apontou que mulheres com ensino superior apresentaram menores chances de desenvolver a doença localizada, assim como de desenvolver a doença avançada (RENNA JUNIOR; SILVA, 2018).

Em relação à situação conjugal 60,40% são casados, semelhante a outros estudos em que a maioria dos participantes também era casada ou tinha parceiros (KUGBEY; MEYER-WEITZ; ASANTE, 2019; CHENG et al., 2019; CHANG et al., 2019; SUSANNE et al., 2019; BOING et al., 2019; CALDERON et al, 2019; JIMENEZ-FONSECA et al., 2019; WHISENANT et al., 2019; CAMARA et al., 2019).

Os estudos não acrescentam relevância ao estado civil em pessoas com câncer, mas essa informação se torna necessária para caracterização do perfil do paciente (DUGNO et al., 2014). Contudo, uma pesquisa apontou que mulheres viúvas apresentaram chances maiores de desenvolver a doença localizada quando comparadas às casadas. Já as separadas, apresentaram maiores chances de doença avançada, assim como as solteiras e as viúvas, comparativamente às casadas (RENNA JUNIOR; SILVA, 2018). Esses dados sugerem

necessidade de mais estudos focalizando a questão da situação conjugal para associações mais conclusivas.

Com referência à maternidade, 51,01% tiveram de 1 a 3 filhos, lógica que acompanha os tempos atuais, nos quais as mulheres estão concebendo cada vez menos crianças. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estimou 1,77 filhos por mulher em 2018 (IBGE, 2017). No Irã, também há dados parecidos, posto que 60% tiveram de 1 a 3 filhos (NASERI; TALEGHANI, 2018).

No tocante à situação laboral, 83,66% dos entrevistados não estavam trabalhando no período da entrevista, dado encontrado em outros estudos (CALDERON et al., 2019; CHIEN et al., 2019; JIMENEZ-FONSECA et al., 2019; WHISENANT et al., 2019). Isso demonstra o quanto o tratamento debilita o paciente, impossibilitando que este faça as atividades que normalmente fazia e com a mesma excelência. Salienta-se que o impacto do processo de tratamento é diferente para cada pessoa, dependendo da terapêutica e das reações que essa poderá acarretar.

Quanto aos rendimentos, 85,64% tinham renda mensal de até 3 salários mínimos. No Brasil, uma pesquisa com mulheres com câncer de mama apontou baixo nível econômico em 82% (BOING et al., 2019). Na China rural, 58% tinham nível econômico baixo (SU et al., 2019). Já na Alemanha, 54% tinham situação econômica média (ZEYNALOVA et al., 2019). Quanto aos australianos, 44% residiam em áreas de maior desvantagem socioeconômica (MARCO; WHITE, 2019).

Uma revisão integrativa realizada por Duarte e Bustamante-Teixeira (2018), acerca da iniquidade social e mortalidade relacionada a câncer de mama e câncer de colo de útero, expressou a ocorrência de associação entre alto nível socioeconômico e mortalidade por câncer de mama, e também entre baixo nível socioeconômico e mortalidade por câncer de colo de útero. Os autores inferem que o estilo de vida pessoal, oferta e acessibilidade aos serviços de rastreio e/ ou tratamento e estratificação social baseada no modelo econômico adotado no país, são fenômenos que podem explicar essa situação.

O INCA (2018b) divulgou o aumento da incidência de cânceres de mama, próstata e colorretal, associados ao melhor nível socioeconômico, enquanto as taxas de incidência de câncer em pessoas com os piores níveis socioeconômicos voltavam-se para os cânceres de colo do útero, estômago, cabeça e pescoço. Os resultados reforçam os malefícios da exposição prolongada a fatores ambientais relacionados à intensificação da industrialização, como agentes químicos, físicos e biológicos, e das condições de vida, que se diferenciam em função das desigualdades sociais (SILVA, 2018).

No que se refere aos tipos de câncer predominantes encontrados, estes foram: hematológico (26,24%), mama (18,81%), útero (17,82%) e próstata (15,84%). Em outros estudos, os principais tipos de câncer encontrados também foram os de mama, útero, câncer de pulmão, reto e estômago, com 19% sendo cânceres hematológicos (MILLIGAN et al., 2018). Na Alemanha, os principais tipos de câncer foram: mama, próstata e no sistema gastrointestinal (SUSANNE et al., 2019). Na Espanha, sobressaíram-se os cânceres de colón, mama e estomago (CALDERON et al., 2019; JIMENEZ-FONSECA et al., 2019). Na China rural, os principais tipos de câncer foram de estômago, pulmão, mama, colorretal e esôfago (SU et al., 2019). Em pesquisa na Austrália, destacaram-se os cânceres de mama, próstata e colorretal (MARCO; WHITE, 2019).

Mundialmente, os tipos de câncer mais incidentes são: o de pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Já na população brasileira, os cânceres com maior incidência são: os de próstata (31,7%), mama feminina (29,5%), pulmão (8,7%), cólon e reto (17,5%) (INCA, 2017). Esses dados corroboram aos dados desta pesquisa e de outros trabalhos realizados pelo mundo, nos quais, tanto a incidência quanto a prevalência sugerem maiores índices de cânceres de mama e próstata.

Em relação ao estadiamento da doença, 58,18% estavam no estágio III ou IV. O estadiamento é realizado no intuito de caracterização do tipo de tumor, servindo de base para que os oncologistas construam o prognóstico e o planejamento terapêutico, juntamente com equipe multidisciplinar (INCA, 2019a).

Estudo com pacientes chineses com câncer de pulmão apresentou alta porcentagem de pacientes em mesmo estágio da doença dos participantes deste estudo: 93% também estavam no estágio III ou IV (PENG et al., 2019). Enquanto na Espanha 55% e na Holanda cerca de 60% estavam no estágio I ou II (CAMARA et al., 2019; JIMENEZ-FONSECA et al., 2019; MOLS et al., 2018).

Em relação aos procedimentos de tratamento, 68,09% fizeram quimioterapia; sobre o status, 48,02% estavam em período de tratamento, 37,62% estavam em acompanhamento e 14,36% tinham apenas recebido o diagnóstico e iam iniciar o planejamento do tratamento. Nos estudos de Su et al. e Peng et al. (2019), mais da metade dos participantes também passaram por procedimento quimioterápico, 61% e 55% respectivamente, assim como no de Jimenez-Fonseca et al. (2019), no qual 64% também estava em tratamento com quimioterapia.

Segundo o INCA (2019b), o tratamento do câncer pode ser realizado por meio de três formas principais: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Alguns planejamentos terapêuticos

são elaborados com a combinação destas modalidades, alterando por vezes em razão das características do tumor e das respostas do paciente às terapêuticas.

5.5 CONSIDERAÇÕES

Familiarizar-se com o perfil dos pacientes possibilita conhecer as especificidades dessa população. Este conhecimento permite que os profissionais tracem estratégias específicas destinadas as características dessas pessoas e planejem a assistência prestada. O delineamento de ações torna-se mais assertivo quando o público a ser atendido é conhecido, bem como são ajustados o tipo de comunicação e os recursos disponíveis para realização do trabalho.

Com base neste tipo de informação, o poder público pode implementar programas de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, podendo melhorar a assistência prestada a cada paciente com câncer, através de estratégias planejadas, possibilitando adesão e conservação de hábitos saudáveis durante e após o tratamento. Posteriormente, vislumbra-se o retorno às atividades e convivência com os grupos aos quais estes se sintam confortáveis e colaborem para a manutenção de uma vida mais saudável.

Sugere-se especial atenção aos documentos constando o histórico médico do paciente, assim como informatização desses dados, que facilitariam não só o trabalho do pesquisador, mas de toda equipe que se mobiliza para organização.

O estudo foi realizado em um centro muito importante que congrega uma parte significativa dos pacientes atendidos no Estado de Rondônia. Sugere-se uma investigação cuja amostra possa incluir os outros locais de atendimento, abrangendo um número mais expressivo de pessoas que fazem tratamento oncológico. Além de estudos sobre práticas que visem à educação em saúde; cuidados preventivos em busca da conservação e evitação de comportamentos adoecedores; e conscientização da necessidade de mudança de estilo de vida durante e principalmente após o tratamento.

Preconiza-se a importância da inserção de serviços ativos para tratamento oncológico especializado, para que o paciente seja poupado de sair de sua cidade e da presença de amigos e familiares, que muitas vezes funcionam como núcleo de apoio naquele momento. E também, ressalta-se a necessidade de políticas mais eficazes que auxiliem o paciente a passar por essa etapa, sem ter que se preocupar com sua situação econômica e social, enquanto passa pelo processo de recuperação.

Aliado a essas resoluções, sugere-se acompanhamento por equipe multiprofissional de demandas relacionadas ao estilo de vida, alimentação, tratamento médico e medicamentoso, pratica saudável de atividade física, assim como, diminuição de contato com agentes agressores como sol em demasia e sem proteção, produtos inseridos nos alimentos industrializados e tudo aquilo que vem somar com os aspectos que conhecidamente contribuem para o desencadeamento do câncer. Frisa-se a importância do Psicólogo como participante desta equipe, visto que auxiliará o paciente a lidar com a carga emocional desencadeada pela descoberta da doença e ainda os impactos do tratamento, possibilitando a compreensão e direcionamento destes para benefício do paciente e familiares, que, de forma distinta, também são impactados por esta situação.

Profissionais qualificados poderão trabalhar com esses conteúdos, assim como auxiliarão no entendimento das reações desencadeadas, buscando minimizar os prejuízos, por meio do encorajamento à adoção de formas de enfrentamento saudáveis, de forma a atingir a estabilidade emocional e fortalecer a qualidade de vida. Assim, busca-se a redução dos impactos nos demais aspectos da vida do paciente e de sua família, oferecendo suporte emocional e considerando especial atenção ao entendimento subjetivo sobre a doença, cujo cuidado volta-se principalmente ao paciente e não apenas à doença.

REFERÊNCIAS

BOING, L. et al. Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 53, n. 30, p. 1-12, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30942272. Acesso em: 29 abr. 2019.

BURANELLO, M. C. et al. Breast cancer screening practice and associated factors: Women's Health Survey in Uberaba MG Brazil, 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 8, p. 2661-2670, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802661&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 dez. 2019.

CALDERON, C. et al. Incidence of sleep problems and their mediating role on depression and anxious preoccupation in patients with resected, non-advanced cancer: data from NEOcoping study. **Clini Transl Oncol**: Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FESEO), v.21, n. 2, p. 1-4, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30712235. Acesso em: 30 abr. 2019.

CAMARA, C., et al. The role of positive psychological changes in anxiety and depression of patients with ovarian tumors and their partners: an observational study from the population-based PROFILES registry. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 2, p. 423-431, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29959575. Acesso em: 07 mai. 2019.

CHANG, H. A. et al. Depression predicts longitudinal declines in social support among women with newly diagnosed breast cancer. **Psycho-Oncology**, v. 28, n. 3, p. 635–642, 2019. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.5003. Acesso em: 29 abr. 2019.

CHENG, C.T. et al. Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 3, p. 933–941, 2019. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30088138>. Acesso em: 06 mai. 2019.

CHIEN, C. H. et al. Prostate cancer-specific anxiety and the resulting health-related quality of life in couples. **J Adv Nurs**, v. 75, n. 1, p. 63–74, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30132975. Acesso em: 12 abr. 2019.

COSTA, J. Câncer. **Encyclopaedia Britannica**, 2018. Disponível em: https://www.britannica.com/science/cancer-disease. Acesso em: 04 nov. 2018.

DEAN, A. G. et al. **Epi Info**, Version 7.2.2.2: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers of Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA, 2017.

DUARTE, D. A. P.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Iniquidade Social e Mortalidade por Câncer de Mama e Colo do Útero: Uma Revisão Integrativa. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 3, p. 877-888, 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6154/pdf_1. Acesso em: 22 mai. 2019.

DUGNO, M. L.G et al. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Rev Ciênc Méd Biol**, São Paulo, v. 10, n. 36, p. 60 – 66, 2014. Disponível em https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/15194/12737. Acesso em: 25 mai. 2019.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOGOCAN 2012**. Int. J. Cancer**, v. 136, p. 359–386, 2015. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijc.29210. Acesso em: 09 mai. 2018.

HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS. **Hospital de Amor da Amazônia**: nova unidade da instituição é inaugurada em Porto Velho. São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.hcancerbarretos.com.br/82-institucional/noticias-institucional/2115-hospital-de-amor-amazonia-nova-unidade-da-instituicao-e-inaugurada-em-porto-velho. Acesso em 31 mai. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). Educação. In: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. [Brasília, DF]: IBGE, 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/17270-pnad-continua.html?=&t=o-que-e. Acesso em: 29 mai. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). População. In: **Rondônia**. [Brasília, DF]: IBGE, 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/panorama. Acesso em 31 mai. 2019.
INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estadiamento**. Ministério da saúde, Brasília, INCA, 2019a. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/impressao.asp?op=cv&id=54. Acesso em: 22 mai. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Tratamento do câncer**. Ministério da saúde, Brasília, INCA, 2019b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tratamento. Acesso em: 22 mai. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Onde tratar pelo SUS**: Rondônia. Ministério da saúde, Brasília, INCA, 2018a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus/rondonia. Acesso em: 22 maio 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Causas e prevenção**: O que causa o câncer? Ministério da saúde, Brasília, INCA, 2018b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-causa-cancer. Acesso em: 20 maio 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf. Acesso em: 20 abr. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Inca estima que haverá 596.070 novos casos de câncer em 2016**. [Brasilia, DF]:INCA, 2015**.** Disponível em: http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/21003-inca-estima-que-havera-596-070-novos-casos-de-cancer-em-2016. Acesso em: 15 maio 2018.

JIMENEZ-FONSECA, P. et al. Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. **Clini Transl Oncol**, v. 20, n. 11, p. 1408–1415, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29651672. Acesso em: 06 maio 2019.

KUGBEY, N.; K. O. Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. **Patient Educ Couns**, v. 102, n. 7, p. 1357-1363, 2019. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399119300394?via%3Dihub. Acesso em: 15 abr. 2019.

MARCO, D. J. T.; WHITE, V. M. The impact of cancer type, treatment, and distress on health-related quality of life: cross-sectional findings from a study of Australian cancer patients. Support Care Cancer, v. 27, n. 280, p. 1-9, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30661203. Acesso em 07 maio 2019.

MILLIGAN, F. et al. Assessing anxiety and depression in cancer patients. **Br J Nurs**, v. 27, n. 10, p. 18-23, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29791230. Acesso em: 15 abr. 2019.

MOLS, F. et al. Symptoms of Anxiety and Depression Among Colorectal Cancer Survivors From the Population-Based, Longitudinal PROFILES Registry: Prevalence, Predictors, and

Impact on Quality of Life. **Cancer**, v. 124, n. 12, p. 2621-2628, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29624635. Acesso em: 15 abr. 2019.

NASERI, N.; TALEGHANI, F. Social Support and Depression in Iranian Cancer Patients: The Role of Demographic Variables. **J Caring Sci,** v. 7, n. 3, p. 143-147, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6163157. Acesso em 15 abr. 2019.

NIKENDEI, C. et al. Depression profile in cancer patients and patients without a chronic somatic disease. **Psycho-Oncology**, v. 27, n. 1, p. 83–90, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28603908. Acesso em: 15 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (Brasil). **Folha informativa-câncer.** Organização mundial de saúde, Brasília-DF, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839. Acesso em: 17 mai. 2018.

PENG, X. et al. Status and factors related to posttraumatic growth in patients with lung cancer a STROBE-compliant article. **Medicine**, Baltimore, v. 98, n. 7, p. 1-6, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6408060/. Acesso em 30 abr. 2019.

RENNA JUNIOR, N. L.; SILVA, G. A. e. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-13, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200302&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2019.

REZENDE, L. F. M. et al. Proportion of cancer cases and deaths attributable to lifestyle risk factors in Brazil. **Cancer Epidemiology**, v. 59, p. 148–157, 2019. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877782118305253. Acesso em: 26 set. 2019.

SHIN, D. W. et al. Health-Related Quality of Life, Perceived Social Support, and Depression in Disease-Free Survivors Who Underwent Curative Surgery Only for Prostate, Kidney and Bladder Cancer: Comparison among Survivors and with the General Population. **Cancer Res Treat**, v. 51, n. 1, p. 289-299, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29747490. Acesso em 30 abr. 2019.

SILVA, M. J. S. da (org.). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 4. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-4-edicao.pdf>. Acesso em: 31 maio 2019.

SU, M. et al. Health-related quality of life among cancer survivors in rural China. **Qual Life Res**, v. 28, n. 3, p. 695–702, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30374776. Acesso em: 06 maio 2019.

SUSANNE, K. et al. Predictors of fatigue in cancer patients: a longitudinal study**. Support Care Cancer**, v. 27, n. 280, p. 1-9, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30680616. Acesso em: 06 maio 2019.

SHYU, I. L. et al. Risk factors for developing depression in women with cervical cancer: a nationwide population-based study in Taiwan. **Int J Womens Health,** v. 11, n. 1, p. 135–141, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30804687. Acesso em: 29 abr. 2019.

THE INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. **GLOBOCAN**, 2018. Disponível em: https://www.iarc.fr/featured-news/latest-global-cancer-data-cancer-burden-rises-to-18-1-million-new-cases-and-9-6-million-cancer-deaths-in-2018/. Acesso em: 03 jun. 2019.

WANG, T. Y. et al. The effects of anxiety on the receipt of treatments for esophageal cancer. **Psycho-Oncology**, v. 28, n. 1, p. 31–38, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30264450. Acesso em: 30 abr. 2019.

WAGNER, J. F. et al. Treatment anxiety in breast cancer patients. **Arch Gynecol Obstet**, v. 299, n. 5, p. 1365-1371, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30671699. Acesso em: 07 maio 2019.

WHISENANT, M. et al. Symptom Trajectories Are Associated With Co-occurring Symptoms During Chemotherapy for Breast Cancer. **Journal of Pain and Symptom Management,** v. 57, v. 2, p. 183-189, 2019. Disponível em: https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(18)31071-6/abstract. Acesso em: 30 abr. 2019.

ZEYNALOVA, N. et al. The association between an anxiety disorder and cancer in medical history. **Journal of Affective Disorders**, v. 246, n. 1, p. 640–642, 2019. Disponível em:< https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718313880>. Acesso em 07 maio 2019.

6 ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ESTRESSE E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM CÂNCER NA REGIÃO NORTE

RESUMO

Ansiedade, depressão e estresse são aspectos frequentemente encontrados na vivência de pacientes com câncer. A associação dessa doença com a morte, ainda que antiga, permeia o imaginário nos dias atuais. A tomada de conhecimento do diagnóstico de uma doença com possibilidade de óbito, confere contato com a finitude da vida. Essa experiência ocasiona sentimentos de pesar que podem ser vivenciados de forma a desencadear sentimentos depressivos, ansiosos e estressores que paralisam o paciente ou que os desmotivam a encarar o processo de tratamento. Este estudo teve como objetivo verificar associações entre variáveis sociodemográficas e clínicas com sintomas de depressão, ansiedade e estresse, e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com câncer. A amostra foi constituída por 202 pessoas atendidas em instituto para tratamento oncológico na cidade de Porto Velho, Rondônia. Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados um questionário sociodemográfico e clínico, a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e a Escala de Qualidade de Vida (EORTC-QLQC30). Os resultados demonstraram alta prevalência de depressão, ansiedade e estresse nos pacientes oncológicos. As maiores prevalências desses sintomas associaram-se ao câncer uterino, ao sexo feminino, à realização de dois tipos de tratamentos e ao fato de morar sozinha. Quanto à qualidade de vida, apresentou-se com maiores prejuízos à medida que ocorreram aumento dos sintomas depressivos, ansiosos e estressores.

Palavras-chave: Pacientes oncológicos. Saúde emocional. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Anxiety, depression and stress are aspects often encountered in the experience of cancer patients. The association of this disease with death, although ancient, permeates the imagination today. Knowing the diagnosis of a disease with the possibility of death gives contact with the finitude of life. This experience gives rise to feelings of grief that can be experienced in order to trigger depressive, anxious and stressful feelings that paralyze the patient or discourage them from facing the treatment process. This study aimed to verify associations between sociodemographic and clinical variables with symptoms of depression, anxiety and stress, and their relationship with quality of life in cancer patients. The sample consisted of 202 people treated at an institute for cancer treatment in the city of Porto Velho, Rondônia. The instruments used for data collection were a sociodemographic and clinical questionnaire, the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Quality of Life Scale (EORTC-QLQC30). The results showed a high prevalence of depression, anxiety and stress in cancer patients. The highest prevalence of these symptoms was associated with uterine cancer, females, two types of treatment and living alone. As for the quality of life, it presented with greater losses as the depressive, anxious and stressful symptoms increased.

Keywords: Cancer patients. Emotional health. Quality of life.

6.1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida, dentre outras características, promove crescimento do número de pessoas com doenças crônicas. Além desse aspecto, no caso das neoplasias, o aumento de novos casos está relacionado também a diferentes condições relativas ao estilo de vida atual (REZENDE et al., 2019). Entre estas, podem ser citados fatores de risco comportamentais e nutricionais, tais como: alto índice de massa corporal, ingestão baixa de frutas e vegetais, sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas e uso de tabaco. Estes elementos são apontados como possíveis colaboradores de um terço das mortes por câncer (OPAS, 2018).

Além desses fatores comportamentais e alimentares, que podem acarretar prejuízos ao estado de saúde e favorecer o aparecimento de doenças, há também outras circunstâncias como as sociais e econômicas, que pela sua importância devem ser consideradas na avaliação do bem-estar e da saúde de uma determinada população. Muitas dessas condições são complexas e tornam-se difíceis de serem modificadas pelo indivíduo. No entanto, algumas podem ser compreendidas e enfrentadas com auxilio profissional, por meio de estratégias adaptativas. Deste modo, alerta-se para a possibilidade de administração desses fatores como prevenção ao agravamento e/ ou desenvolvimento da doença.

A maneira como as pessoas compreendem e lidam com suas emoções são exemplos de hábitos passiveis de serem modificados (MERCÊS; MOURA; OLIVEIRA, 2018). As emoções são características fundamentais da espécie humana e auxiliam nas respostas às diversificadas situações, que se configuram em fator de proteção ou de risco (MACIEL, 2019). Os estados emocionais têm a capacidade de propiciar bem-estar ou aparecimento de doenças físicas e mentais (BOTELHO; PEREIRA, 2015; PIMENTA et al., 2013; SAWADA et al., 2016). Em virtude disso, é imprescindível atentar aos aspectos emocionais envolvidos no processo de enfrentamento do câncer. Compreende-se que receber a notícia do diagnóstico de câncer possa ser impactante; frequentemente ela vem acompanhada de uma carga emocional grande, visto que o paciente se encontra imerso em fantasias decorrentes do medo do tratamento e da evolução da doença, e permeado de pensamentos sobre mortalidade e sofrimento (BIFULCO; FALEIROS, 2014).

A percepção do paciente com relação ao seu diagnóstico é influenciada pelo seu sistema de crenças sobre a doença. As crenças são constituídas a partir de ideias sobre si e o mundo aprendidas em tenra idade, moldam a forma de pensar e de se comportar, sendo compreendida como verdade absoluta. Quando esta se afasta da realidade imposta, o

indivíduo tem dificuldade em lidar com a situação; nesse meio tempo, abre-se a possibilidade para que ocorra alterações nos sistemas que controlam as emoções (BECK, 2014). Nestes casos, pode torna-se difícil a inserção do paciente no processo de tratamento e na manutenção deste. Portanto a forma de enxergar o mundo, e principalmente a si mesmo, tem influência em todas as áreas da vida; o mesmo se aplica ao paciente oncológico cujas emoções repercutem na maneira como o adoecimento e a terapêutica são vivenciadas.

Tendo em vista a grande comoção que o adoecimento por câncer tem nas pessoas, e a existência de fatores que podem acarretar complicações a esse estado, é essencial englobar a saúde emocional no planejamento dos cuidados dispensados a essa população para respostas mais efetivas. Assim, o presente estudo, se propôs a verificar associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do câncer, sintomas de depressão, ansiedade e estresse e sua relação com a qualidade de vida.

Investigar as características emocionais dos pacientes com câncer e suas especificidades é necessário para avaliar quais aspectos distintos necessitam de mais atenção. A importância do estudo se volta para possibilidade de o paciente com câncer melhorar sua adesão ao tratamento, por meio do conhecimento da correlação entre depressão, ansiedade e estresse com a qualidade de vida, de maneira que o manejo adequado das necessidades individuais possa favorecer a resposta positiva ao tratamento.

6.2 DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

Depressão, ansiedade e estresse são exemplos de estados de humor que podem influenciar no estado de saúde dos seres humanos, que por sua vez, depende também da forma como cada indivíduo experiencia os diferentes eventos da vida. Portanto, faz-se necessário lembrar a existência de um estado no qual as emoções são vivenciadas de forma funcional e outro disfuncional (CLARK; BECK, 2012). Este último pode propiciar o surgimento e a sustentação do adoecimento. Diante de uma perda, por exemplo, o humor pode se manifestar deprimido, e a vivência desse estado emocional é importante para que o indivíduo invista energia necessária para elaborar a situação que inevitavelmente leva ao sofrimento.

Esse estado tende a ser impermanente, ou seja, irá passar conforme a sua melhor resolução. Esse tipo de reação pode ser considerada funcional quando a resposta da pessoa possibilita continuidade da vida, mesmo depois da vivência dolorosa. Entretanto, quando tal estado acomete a pessoa de tal forma que viabilize a longo prazo, a presença de “humor triste,

vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo" é considerado disfuncional (APA, 2014, p. 155).

Por outro lado, as respostas automáticas vivenciadas no organismo animal frente a situações de ameaça à vida são úteis para garantir a segurança e preservação da espécie. Ao contrário do medo, que é uma reação inata a ameaças concretas, a ansiedade é um mecanismo de antecipação de preocupação com problemas ou aborrecimentos futuros. Não obstante, mobiliza reações físicas e emocionais que colocam o organismo em prontidão para luta ou fuga (APA, 2014). No entanto, diante de situações de pouco ou nenhum potencial de ameaça, os sintomas de ansiedade podem acarretar prejuízos no funcionamento e na qualidade de vida do indivíduo (FANELLI; OLIVEIRA, 2018).

Frente ao adoecimento, a presença de manifestação de sintomas depressivos, ansiosos e estressores podem ser percebidos como reações esperadas diante da perda do estado saudável e das expectativas relacionadas ao desenvolvimento da doença. Contudo, dependendo da intensidade e duração podem impor um sofrimento inapropriado, refletindo negativamente nos efeitos desejados do tratamento (BERGEROT et al., 2014; PAULA; SAWADA, 2015; SIMÃO et al., 2017). Essa situação torna-se mais relevante diante de enfermidades que causam forte impacto, como o câncer.

6.3 DEPRESSÃO EM PACIENTES COM CÂNCER

A depressão é um fenômeno que merece atenção e cuidado. Sua definição, por vezes não agrega a exposição de sua gravidade e formas de manifestações. Quando, na presença de uma doença orgânica, pode ser difícil separar o que é sintoma dessa patologia física e o que é depressão, podendo ocorrer sobreposição desses sintomas. As neoplasias por serem doenças crônicas, são consideradas fator de estresse de longo prazo que podem contribuir significativamente para o desenvolvimento da depressão. Essa afeta não só o prognóstico dela própria, mas também das doenças físicas já presentes, como no caso do câncer (DRAGAN, 2018).

Os sintomas do transtorno depressivo presentes na vivência do câncer referem-se à perda de apetite, distúrbios do sono, fadiga, entre outros. Esses sintomas, por vezes, podem ser atribuídos a sintomas causados pelo câncer ou pelo tratamento, pois são passíveis de serem confundidos com os da doença e dos efeitos colaterais do processo de tratamento (FANELLI;

OLIVEIRA, 2018). A percepção e diferenciação dos sintomas é indispensável para que seja possível intervir, auxiliando na atenuação ou intercessão dos prejuízos desencadeados pelo adoecimento, por meio de terapêuticas adequadas a cada demanda. Para que assim, exista a possibilidade de o paciente viver essa fase com a maior minimização de danos possíveis (FONSECA; CASTRO, 2016).

A depressão acarreta prejuízos nas diferentes áreas da vida do paciente, colaborando para a diminuição da sobrevida, para as dificuldades na adesão ao tratamento e a piora do prognóstico. No decorrer do tratamento radioterápico, este sintoma tende a aumentar nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (PAULA et al., 2012). Já pacientes que não apresentam fadiga oncológica, tem baixos níveis de depressão (DEEP; LEAL; PATRÃO, 2016).

No paciente com câncer colorretal, a depressão apresentou-se como preditora de fadiga, assim como a dor e o distúrbio do sono. Essas variáveis, quando associadas de forma comórbida, causam limitações ainda maiores ao paciente, tais como incapacidade física, emocional e social, comprometendo a adesão ao tratamento e acarretando sofrimento (MOTA et al., 2012; SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Com o objetivo de estabelecer a prevalência de depressão, comportamento suicida e compreender os fatores associados em pessoas com câncer internadas em hospital geral universitário, um estudo apontou que a cada cinco pacientes, um sofre de depressão, e que 5% a cada 675 têm risco de suicídio, sendo este maior entre os que têm dor e os que se encontram deprimidos. Os fatores associados à depressão foram: sexo feminino, maior tempo de doença, presença de dor, uso de psicofármaco, risco de suicídio e menor escolaridade. Este estudo sinalizou maior prevalência de depressão em pacientes com câncer do que em pacientes acometidos por outras doenças (FANGER et al., 2010).

Santos et al. (2015) investigaram uma amostra de idosos que estava em processo de tratamento, sendo que todos haviam passado por pelo menos um dos procedimentos (cirurgia, quimioterapia e radioterapia). Em alguns casos houve a combinação de dois ou mais destes tratamentos e a maioria estava em estágio III ou IV da doença. A presença de depressão foi observada em 17,7% dos participantes. Dos indivíduos que apresentaram algum grau de depressão, a maioria era do sexo feminino. Todavia, uma pesquisa realizada apenas com mulheres, encontrou níveis de depressão significativos apenas em cerca de 9% delas. E altos níveis de ansiedade e depressão foram associados à pior percepção de qualidade de vida (SOUSA; GUERRA; LENCASTRE, 2015).

Pessoas do sexo feminino, em pós-tratamento (cirúrgico, radioterápico, quimioterápico) apresentaram comprometimento nos aspectos enfrentamento, depressão e ansiedade. Esses sintomas são agravados quando relacionados à má qualidade de sono, presença de dor e limitação em membro superior. Todos esses fatores trazem como consequência prejuízos na qualidade de vida e percepção negativa de saúde (CANGUSSU et al., 2010; RAFIHI-FERREIRA; PIRES; SOARES, 2012).

Submeter-se a procedimento cirúrgico oncológico acarreta alteração no estado de humor e na qualidade de vida, independentemente do tipo histológico do tumor. Bigatão, Calotti e Carlo (2014), expressaram diferenças entre os pacientes que só fizeram a cirurgia e aqueles que continuaram o tratamento através de quimioterapia e radioterapia. Nos primeiros, houve melhoras nos aspectos funcional e emocional, enquanto os que permaneceram em tratamento não apresentaram mudanças. Os sintomas depressivos foram mais associados ao tratamento quimioterápico (CANGUSSU et al., 2010).

6.4 ANSIEDADE EM PACIENTES COM CÂNCER

A vivência de sintomas ansiosos pelas pessoas com câncer pode ser observada desde o diagnóstico. A ansiedade pode acompanhar o paciente em todo percurso do tratamento, ressoando na qualidade de vida, na adesão, no resultado do tratamento e também na perspectiva de vida após a doença (BERGEROT et al., 2014; PAULA; SAWADA, 2015; SIMÃO et al., 2017). Alguns dos sintomas de ansiedade relacionados à doença são: tensão, insônia/vigilância, bruxismo, desconforto respiratório, sensação de formigamento e preocupação excessiva (FANELLI; OLIVEIRA, 2018).

Os três procedimentos mais comumente utilizados no tratamento do câncer são cirurgia, radioterapia e quimioterapia. São métodos que podem acarretar ansiedade ao paciente e à família. Mulheres em processo de tratamento de câncer de mama apresentaram como uma das emoções mais vivenciadas nessa fase, a ansiedade (SOUSA; GUERRA; LENCASTRE, 2015), assim como em mulheres no pré-operatório (ALVES et al., 2010). Contudo, o número de mulheres com esse sintoma tende a diminuir ao fim do processo de tratamento por quimioterapia e/ou radioterapia, em comparação ao momento do diagnóstico (VILLAR et al., 2017).

O procedimento quimioterápico pode gerar ansiedade e reações como: fadiga, alteração do paladar, inapetência e insônia. Logo após submissão quimioterápica, a fadiga é

aumentada, depois de um tempo ela começa a diminuir. Quando isso acontece, já é o momento da próxima etapa medicamentosa, tornando difícil a realização de atividades da vida cotidiana e de exercícios que poderiam contribuir para a diminuição da fadiga oncológica (MISHRA et al., 2012; VAZ; SILVA; SILVA, 2016).

Assim como na depressão, durante o período de sessões de radioterapia ocorre também aumento de sintomas ansiosos que podem acarretar consequências como falta de aderência ao tratamento, menor sobrevida e diminuição da qualidade de vida dos pacientes (PAULA et al., 2012; DEEP; LEAL; PATRÃO., 2014). No entanto, em estudo realizado com pacientes sem fadiga oncológica, não foram encontrados níveis significativos de ansiedade nas avaliações realizadas antes e após o procedimento (DEEP; LEAL; PATRÃO, 2016).

Na comparação de sintomas ansiosos e depressivos das pessoas com diagnóstico de tumores cerebrais do tipo meningioma e glioma de alto grau, em momento pré e pós cirúrgico, pacientes com o primeiro tipo tiveram aumento do sintoma de ansiedade e diminuição da depressão, enquanto nos outros verificou-se diminuição tanto da ansiedade quanto da depressão (BIGATÃO; CARLOTTI; CARLO, 2014). Pacientes com câncer em fase pré-operatória apresentaram níveis maiores de ansiedade quando comparados a pessoas com outros diagnósticos (ANDRADE et al., 2012).

A escassez de informações a respeito do processo que o paciente vivenciará é um dos motivos desencadeadores de ansiedade. Outra característica associada ao aumento desse sintoma é o baixo nível de instrução, que dificulta a autonomia do paciente na busca de conhecimento sobre a doença e o processo de tratamento (ALVES et al., 2010; ANDRADE et al., 2012).

6.5 ESTRESSE EM PACIENTES COM CÂNCER

A existência de relação entre as emoções e o sistema imunológico é reconhecida, pois ao receber estímulos estressores o organismo responde utilizando os sistemas nervoso, endócrino e imunológico. Sucede-se também a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumentando assim os níveis de cortisol que ligado a receptores nos leucócitos, causa imunossupressão (redução das defesas do organismo) (BAUER, 2002). Estressores emocionais persistentes possibilitam diminuições químicas que permitem alterações celulares funcionais no organismo. Desta maneira, as “células passam a ter um comportamento anormal

e se multiplicam desordenadamente numa velocidade mais rápida que as células normais, podendo resultar em células cancerígenas" (CAPRISTE et al., 2017, p. 2473).

Estados de humor estressores afetam o sistema imunológico do indivíduo (FONSECA; CASTRO, 2016). Essa interferência na imunidade por vezes impossibilita o paciente de seguir seu plano de tratamento, pois, algumas terapêuticas só são realizadas quando a imunidade do paciente se apresenta em nível propício de receber a medicação. Portanto, nos casos de queda da imunidade, a medicação é adiada até que o corpo esteja em condições de receber nova dose do tratamento.

Podem ser considerados como fatores estressores: os psicológicos (aspectos da personalidade, temperamento, experiência de vida precoce), os fatores sociais (situação relacional e econômica) e os fatores de ordem biológica (genéticos) (DRAGAN, 2018).

Uma pesquisa com pacientes com Leucemia Linfocita Crônica (LLC) apresentou que o estresse está associado aos níveis elevados dos marcadores celulares relacionados aos processos imunológicos e inflamatórios. Esses contribuem para proliferação e sobrevida de células cancerígenas, sendo o estresse fator prejudicial ao sistema imunológico, já enfraquecido (ANDERSEN et al., 2018). No estudo de Cormanique et al. (2015) com pacientes com câncer de mama foi levantada a possível ligação do estresse psicológico crônico com o sobrepeso e o desenvolvimento de tumores de mama com maior agressividade.

Como visto, as emoções e o sistema imunológico se relacionam. O estresse pode causar redução da defesa do organismo, possibilitando assim, alterações celulares que podem favorecer o desenvolvimento das neoplasias. Fatores psicológicos que envolvem circunstâncias da vida cotidiana também são capazes de atuar como estressores. No caso do câncer, este pode se configurar como um fator de estresse a longo prazo, propiciando a possibilidade do surgimento de outras doenças, inclusive o agravamento da própria neoplasia.

6.6 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER

A Organização Mundial de Saúde considerou a qualidade de vida como relacionada à percepção que o indivíduo tem sobre si e o lugar que ocupa no mundo, concernente à sua cultura, valores, objetivos, expectativas, regras e preocupações. Influenciado ainda pela saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais e também do convívio com os elementos essenciais de sua vida (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Consideravelmente, no contexto do câncer, problemas de saúde mental e efeitos colaterais do tratamento são difíceis de desentrelaçar, tendo em vista que, muitos dos sintomas causados pelo tratamento da doença (fadiga, perda de apetite, baixa energia e perda de interesse) são os mesmos que os sintomas de depressão em pessoas que não têm câncer (GRANEK et al., 2019). Considera-se que, tanto a doença quanto a terapia, têm impacto na qualidade de vida em todas as suas dimensões, em particular no que diz respeito ao funcionamento físico do paciente e sua fadiga frequente.

Contudo, estudo com pacientes com câncer de próstata apontou que a qualidade de vida subjetiva não depende do estágio do câncer, tratamento, tipo de terapia ou deterioração significativa no estado de saúde do paciente no último estágio da doença. Foi encontrada relação da avaliação subjetiva da qualidade de vida com a dor, que interfere nas atividades cotidianas e nos problemas financeiros em decorrência da doença e/ ou do tratamento (DABROWSKA-BENDER et al., 2017).

Foram apontados como possíveis preditores de má qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pré-cirurgia, o funcionamento físico, o funcionamento emocional, a fadiga deteriorada, a idade mais jovem e a condição de saúde mental comórbida. A qualidade de vida global prejudicada apresentou-se mais frequentemente naquelas que tinham medo intenso do tratamento, fizeram quimioterapia e/ ou mastectomia (WOCKEL et al., 2017). Uma revisão sistemática, com sobreviventes do mesmo tipo de câncer apresentou evidência moderada à forte da relação de fadiga com sintomas depressivos, ansiosos, angustiantes e distúrbios do sono, menores níveis de atividade física, mais dor, dificuldades para lidar com câncer e catastrofização sobre os sintomas (ABRAHAMS et al., 2018).

A escala EORTC QLQ-C30 foi desenvolvida para estimar a qualidade de vida de pessoas com câncer, ela é dividida em três subescalas: a primeira, avalia o estado de saúde global; a segunda, o estado de funcionamento; e a terceira os sintomas. O estado de saúde global em pessoas com câncer apresenta-se quase igual à da população geral, no entanto as pontuações médias de todos os estados de funcionamento e itens de sintomas, mostraram pior qualidade de vida. Os resultados indicam que a qualidade de vida geral não deve ser visualizada apenas com os dados do estado global de saúde, mas também por meio da análise das pontuações de todos os itens da escala (HINZ et al., 2017).

Sobreviventes de câncer na Malásia, após um ano de acompanhamento, exibiram prejudicada qualidade de vida relacionada à saúde e aos altos níveis de sofrimento psíquico (ansiedade e depressão). O estágio mais avançado no diagnóstico foi tido como forte preditor de baixa qualidade de vida relacionada à saúde, assim como idade avançada, ser casado, alta

renda, tipo de hospital, presença de comorbidade e quimioterapia foram associadas à pior qualidade de vida relacionada à saúde. Como preditores do sofrimento psíquico, foram apontados estágio do câncer e tipo de hospital. Esta pesquisa expôs o fato da experiência do adoecimento por câncer deixar sequelas que precisam de atenção, mesmo após a remissão da doença (SUBRAMANIAM et al., 2018). Sobreviventes ao câncer ginecológico apresentam sintomas referentes ao assoalho pélvico, incontinência e prolapso de órgão pélvicos maiores quando comparados a mulheres sem histórico de câncer, assim como pior qualidade de vida. O que indica o grande papel da doença na piora da qualidade de vida quando comparado à população geral (NERO et al., 2019).

Posluszny e colaboradores (2019) apresentaram ainda que pacientes com maiores percepções de ameaça, menor percepção de controle e maior sofrimento oncológico apresentaram maiores níveis de sintoma de depressão e ansiedade. A baixa satisfação de pacientes oncológicos com a vida pode estar associada à sintomas (ansiedade, depressão e somatização) e à diminuição da qualidade de vida (mau funcionamento, sintomas, má qualidade de vida global) (LORENZO-SEVA et al., 2019).

O manejo de estratégias que auxiliem o paciente no seu autocuidado e autoeficácia para que ele consiga lidar com os efeitos adversos do câncer e os efeitos colaterais do tratamento, tendem a influenciar positivamente na qualidade de vida e na diminuição da fadiga dos pacientes com câncer que passam por processo quimioterápico. Essa melhora voltada aos cuidados pessoais tem repercussões no funcionamento do paciente e no gerenciamento dos efeitos da doença e do tratamento (AKIN; GUNER, 2019). Outrossim, fortalecer a crença dos pacientes em sua própria capacidade de lidar com a doença pode ajudar na manutenção e recuperação da qualidade de vida (HINZ et al., 2019).

Foi percebido que a possibilidade de mudanças na qualidade de vida alterou-se de acordo com as mudanças no estado depressivo de pacientes com câncer de mama, exprimindo a importância da triagem periódica para depressão em ambientes clínicos e de pesquisa (KIM et al., 2018). A satisfação com o tratamento oncológico foi associada à maior qualidade de vida relacionada à saúde, o que pode ser explicada por diversas facetas da autoeficácia: confiança, manejo de sofrimento psíquico, apoio social de pessoas próximas, atividades sociais/ recreativas, e comunicação paciente-profissional. Melhorar a satisfação com o cuidado pode aumentar a confiança dos pacientes no gerenciamento de aspectos importantes da sua experiência com o câncer, e por sua vez, melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes (MORENO et al., 2018).

A qualidade de vida, vista como subjetiva, é afetada por fatores internos e externos envolvidos na vivência. No paciente com câncer, a qualidade de vida é impactada tanto pela doença quanto pelo tratamento, sendo o repertório cognitivo e comportamental o maior definidor da forma como essa situação será encarada. Cada sujeito vai vivenciar esse processo de forma única, sendo os impactos também sentidos e significados de maneira singular.

6.7 MÉTODO

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia (CEP/UNIR), sob o número 3.361.997 e sua execução autorizada pela administração do Instituto de Oncologia e Radioterapia São Pellegrino. A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2019.

Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal para verificar as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do câncer, sintomas de depressão, ansiedade e estresse e a relação com a qualidade de vida. De acordo com informações da equipe do Instituto São Pellegrino, estes atendem cerca de 500 pacientes por mês. Após realização do cálculo amostral, com base nesse quantitativo, com um nível de significância de 0,05, ou seja, com uma confiança de 95% e com uma margem de erro de 5%, o tamanho da amostra é dada por:

$$n = \frac{z^2 * P * (1 - P)}{e^2}$$

Se a população for finita, o tamanho da amostra pode ser corrigido por:

$$n_{ajus} = \frac{N * n}{N + n}$$

O tamanho da amostra para a variável ansiedade é: n = 331 pessoas e o seu tamanho corrigido para um total de 500 pessoas cadastradas no Instituto São Pellegrino é n_{ajus} = 200 pessoas. O tamanho da amostra para a variável depressão é: n = 297 pessoas e o seu tamanho corrigido para um total de 500 pessoas cadastradas no Instituto São Pellegrino é n_{ajus} = 183 pessoas.

Portanto, com uma amostra de 200 pessoas é possível trabalhar com as duas variáveis. Considerando 10% de dados perdidos, o tamanho da amostra fica igual a 220 pessoas. A seleção da amostra foi realizada aleatoriamente. Dos 220 pacientes, 18 não entraram na análise do estudo, pois foram considerados dados perdidos: seja porque se recusaram a participar da pesquisa ou porque não terminaram de responder os instrumentos. Também

foram excluídos pacientes com comprometimento cognitivo ou orgânico, que dificultasse a compreensão e a resposta das questões dos instrumentos de pesquisa. Esses pacientes foram identificados por meio da avaliação clínica e do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Logo esse estudo foi realizado com base nos dados de 202 pacientes.

Foi elaborado questionário semiestruturado para levantamento das variáveis do estudo, por meio de consulta a outras pesquisas com pacientes com câncer. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, realizada por pesquisador previamente treinado na aplicação do protocolo de pesquisa. Foram coletadas as variáveis sociodemográficas, tais como: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, cidade residente, naturalidade, ocupação etc. As variáveis relacionadas às características da enfermidade: tipo de câncer, estágios, processos de tratamento e status do tratamento. E as medidas de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida.

A análise estatística foi realizada de maneira que os dados obtidos foram inseridos e tabulados no *Software Microsoft Excel* 2010 e depois analisados pelos *softwares* Epi Info[1] versão 7.2.2.2 e R[2] versão 3.4.2. Para a idade, que é uma característica sociodemográfica, foi realizada a descrição através do valor mínimo (Mín), primeiro quartil (Q_1), mediana ou segundo quartil (Q_2), terceiro quartil (Q_3), máximo (Máx), média ($\acute{x}$) e desvio-padrão (DP). Para as variáveis qualitativas e ordinais (perfis sociodemográficos e clínicos e sintomas de depressão, ansiedade e estresse) as descrições foram realizadas através da obtenção de suas frequências absolutas e o valor percentual (DEAN, 2017).

Para explorar as relações conjuntas existentes entre as características dos dados categóricos do perfil sociodemográfico, clínico e sintomas de depressão, ansiedade e estresse dos pacientes oncológicos, foi realizada a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) e para complementar a visualização gráfica multidimensional da ACM na formação de grupos, foi utilizada a Análise Hierárquica de Cluster (AHC) com medida de similaridade obtida pela distância euclidiana através do método de Ward.

Com o objetivo de obter o grau de relacionamento entre as variáveis da escala de depressão, ansiedade, estresse (DASS-21), da escala de qualidade de vida (EORTC QLQ – C30), que inclui o estado de saúde global, a escala funcional e a escala de sintomas dos pacientes oncológicos atendidos no Instituto de Oncologia e Radioterapia São Pellegrino, foi utilizada a correlação linear de Spearman. O nível de significância utilizado foi de 0,05.

6.8 RESULTADOS

A prevalência de pacientes com câncer foi de 24,76% para depressão, 36,63% para ansiedade e 27,23% para estresse, conforme informações apresentadas na tabela 1.

Tabela 1- Classificação da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) dos pacientes atendidos em Instituto de oncologia em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019

Classificação	D - n (%)	A - n (%)	E - n (%)
Normal	152 (75,25)	128 (63,37)	147 (72,77)
Moderado	39 (19,31)	44 (21,78)	31 (15,35)
Severo	11 (5,45)	30 (14,85)	24 (11,88)

Fonte: Dados da pesquisa Galvão et al. (2019). Legenda: D: depressão; A: ansiedade; E: estresse.

Em referência aos dados da escala de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30), observa-se na subescala estado de saúde global uma média de 75,19 (DP 22,94), apresentando qualidade de vida de moderada a boa. Na subescala de funcionamento observa-se maior comprometimento da função física, com média de 67,26 (DP 26,46), em comparação com os demais itens. Nas duas subescalas citadas, quanto maior o valor obtido no escore, menor o comprometimento vivenciado pelos pacientes. Ao contrário da subescala de sintomas, na qual quanto maior a pontuação maior o nível de sintomatologia/problemas. Nessa subescala, os itens mais problemáticos foram dificuldade financeira 41,08 (DP 43,64), dor 36,83 (DP 37,38) e insônia 36,30 (DP 42,63), de acordo com os resultados na tabela 2.

Tabela 2- Descrição das informações da qualidade de vida dos pacientes atendidos em Instituto de oncologia em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Q_1	Mediana	Q_3	Máximo
Estado de saúde global							
Estado de saúde global	75,19	22,94	0,00	58,00	83,00	100,00	100,00
Escala de funcionamento							
Função física	67,26	26,46	0,00	53,00	73,00	87,00	100,00
Desempenho de papéis	76,00	29,81	0,00	50,00	83,00	100,00	100,00
Função emocional	72,57	28,16	0,00	58,00	83,00	92,00	100,00
Função cognitiva	73,34	26,78	0,00	50,00	83,00	100,00	100,00
Função social	77,69	28,30	0,00	67,00	83,00	100,00	100,00
Escala de sintomas							
Fadiga	32,84	30,62	0,00	11,00	22,00	56,00	100,00
Náusea e vômito	14,66	24,28	0,00	0,00	0,00	17,00	100,00
Dor	36,83	37,38	0,00	0,00	33,00	67,00	100,00
Dispneia	11,84	25,12	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Insônia	36,30	42,63	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00

Tabela 2- Descrição das informações da qualidade de vida dos pacientes atendidos em Instituto de oncologia em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019

(continua)

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Q_1	Mediana	Q_3	Máximo
Perda de apetite	28,53	40,52	0,00	0,00	0,00	67,00	100,00
Constipação	23,74	38,17	0,00	0,00	0,00	33,00	100,00
Diarréia	12,50	26,11	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Dificuldade financeira	41,08	43,64	0,00	0,00	33,00	100,00	100,00

Fonte: Dados da pesquisa. Galvão et al. (2019). Legenda: DP: desvio padrão; Q_1: primeiro quartil; Q_3: terceiro quartil.

A tabela 3 apresenta os autovalores, o percentual individual e o percentual acumulado da variabilidade explicada por cada dimensão. Foram selecionadas as duas primeiras dimensões que explicam 20.595% da variabilidade global (inércia total) dos dados. Observa-se que a partir destas duas dimensões há uma diminuição sensível e de forma regular da porcentagem da contribuição das inércias parciais.

Tabela 3 - Autovalores, percentual de variância por cada dimensão e percentual acumulado

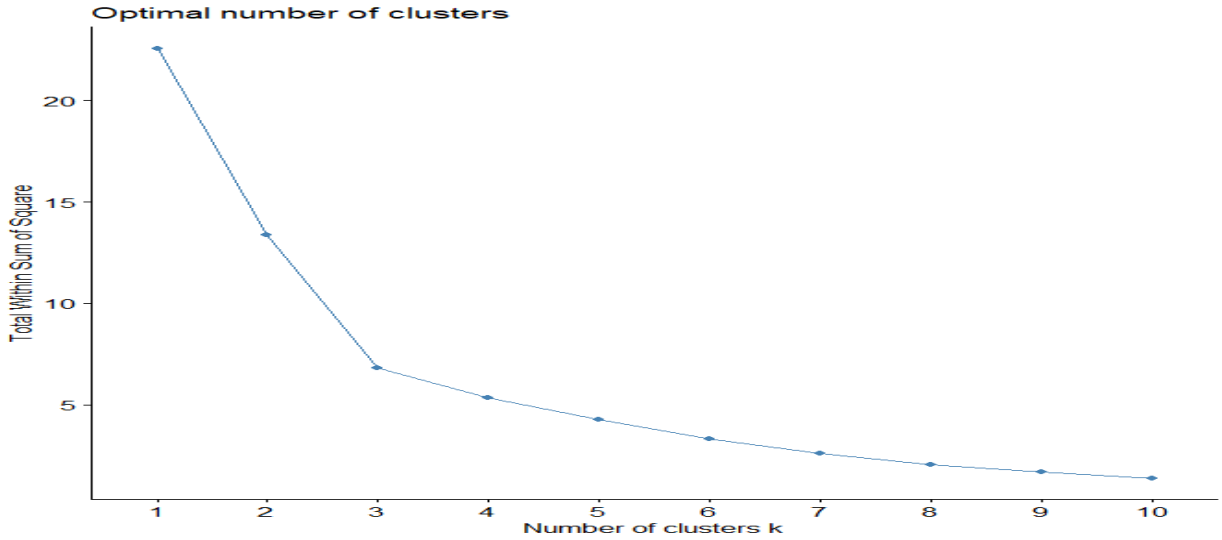
Nº de dimensões	Autovalores	Explicação%	Acumulada%
1	0.179	11.698	11.698
2	0.136	8.897	20.595
3	0.120	7.848	28.443
4	0.116	7.554	35.997
5	0.098	6.413	42.410

Fonte: Dados da Pesquisa. Galvão et al. (2019).

Para complementar a visualização gráfica multidimensional da Análise de Correspondência Múltipla (ACM) na formação dos grupos, foi utilizada a Análise Hierárquica de Cluster (AHC) com a medida de similaridade obtida pela distância euclidiana através do método de Ward.

Através do critério WCSS (*Within Clusters Sums of Squares*), ou seja, Somas dos Quadrados Dentro dos Clusters, como pode ser observado na figura 1, a quantidade ótima de grupos é igual a quatro, pois a partir deste valor a inclinação já se torna muito mais suave, sendo assim este o valor para a formação dos clusters.

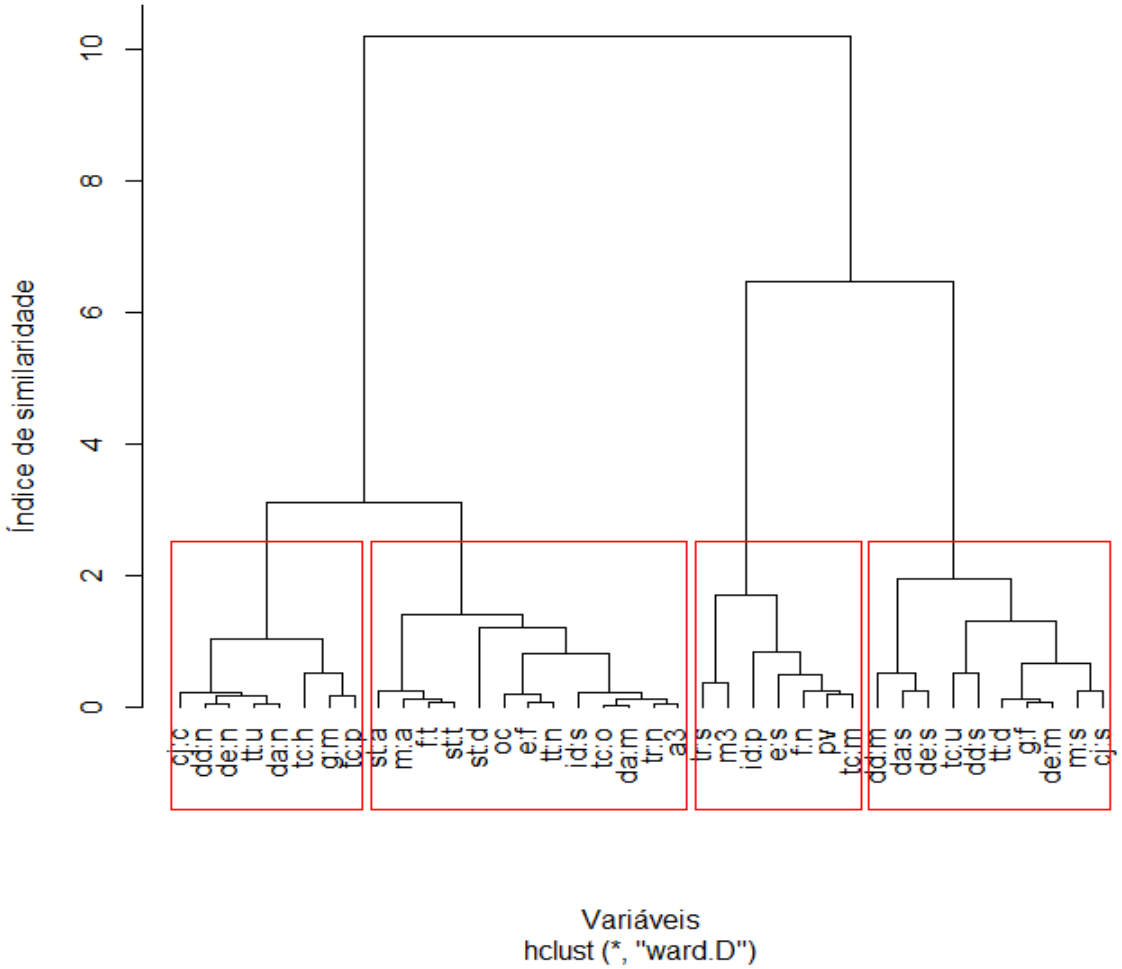
Figura 1 - Número ótimo de clusters pelo método WSS (Within Sum of Squares)



Fonte: Dados da Pesquisa. Galvão et al. (2019).

O resultado da Análise Hierárquica de Cluster (AHC) calculada pelas duas dimensões das respostas das variáveis sociodemográficas e clínicas, e dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse, obtidos através da Análise de Correspondência Múltipla (ACM), resultou na formação dos quatro grupos (pelo critério WSS) que pode ser observado na figura 2.

Figura 2 - Dendograma das coordenadas das duas primeiras dimensões da análise de correspondência referentes às variáveis do perfil sociodemográfico e clínico, e sintomas de depressão e estresse dos pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019

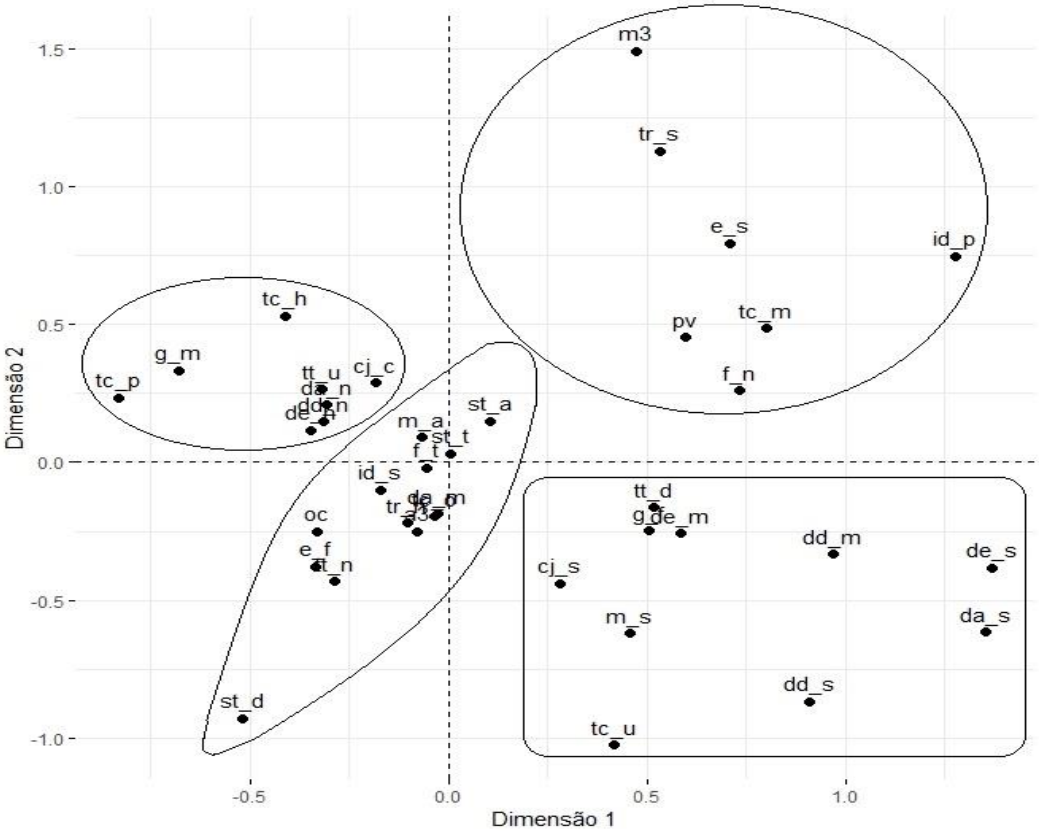


Fonte: Dados da Pesquisa. Galvão et al. (2019). Legenda: id:p = 18 -39 anos; id:s = + 40 anos; g:f = sexo feminino; g:m = sexo masculino; e:s = ensino médio e superior; e:f = não alfabetizado e ensino fundamental; cr:pv = residente de Porto Velho; cr:oc = residente de outras cidades; m:a = mora acompanhado; m:s = mora sozinho; cj:s = solteiro; cj:c = casado; f:n = não tem filhos; f:t = tem filhos; tr:n = não trabalha; tr:s = trabalha; r:a3 = até 3 salários; r:m3 = maior do que 3 salários; tc:m = câncer de mama; tc:u = câncer de útero; tc:p = câncer de próstata; tc:h = câncer hematológico; tc:o = outros tipos de câncer; tt:n = nenhum tipo de tratamento; tt:u = um (1) tipo de tratamento; tt:d = dois (2) tipos de tratamento; st:a = status de acompanhamento de tratamento; st:d = status de diagnóstico de tratamento; st:t = status de tratamento em tratamento; dd:n = depressão normal; dd:m = depressão moderada; dd:s = depressão severa; da:n = ansiedade normal; da:m = ansiedade moderada; da:s = ansiedade severa; de:n = estresse normal; de:m = estresse moderado; de:s =estresse severo.

A partir da definição dos grupos obtidas através da Análise Hierárquica de Cluster junto ao critério WSS, o gráfico construído pela Análise de Correspondência Múltipla foi gerado na figura 3 onde se verifica, pela proximidade, os relacionamentos entre as variáveis

sociodemográficas e clínicas, e os sintomas de ansiedade, depressão e estresse dos pacientes oncológicos.

Figura 3 - Mapa de correspondência nas duas primeiras dimensões referentes as variáveis sociodemográficas e clínicas, e os sintomas de ansiedade, depressão e estresse dos pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro - Abril de 2019



Fonte: Dados da Pesquisa. Galvão et al. (2019).

Pela observação dos quatro grupos formados através das duas técnicas (ACM e AHC) pode-se descrever os comportamentos das variáveis como se segue: o primeiro grupo, localizado na parte esquerda da figura, é caracterizado por pacientes que possuem ansiedade, depressão e estresse normais (da:n, dd:n, de:n), com tipos de câncer hematológico e de próstata (tc:h, tc:p), que fazem um tipo de tratamento (tt:u), são casados (cj:c) e do sexo masculino (g:m).

O segundo grupo, possui a característica de pacientes com ansiedade moderada (da:m); com outros tipos de câncer (tc:o) (pulmão 7, laringe 4 palato 4, gástrico 4, pele 4 ovário 3, nasofaringe 3, canal anal 3, gliobastoma 2, testículo 2, encéfalo, fígado 2, colon 2, sarcoma sinovial 1, reto 1, , cérebro 1, neofaringe 1, estomago 1, , língua 1, esôfago 1, orofaringe 1, parótida 1), com status de diagnóstico e acompanhamento (st:d e st:a); não faz

qualquer tipo de tratamento (tt:n); possui idade acima de 40 anos (id:s); tem até o ensino fundamental (e:f); mora acompanhado (m:a); tem filhos (f:t); não trabalha (tr:n); recebe até três salários (a3); e reside em outra cidade (cr:oc).

O terceiro grupo é formado por pacientes que possuem câncer de mama (tc:m), tem idade entre 18 e 39 anos (id:p), residem em Porto Velho (cr:pv), trabalham (tr:s), possuem até o ensino superior (e:s), recebem mais do que três salários (r:m3) e não têm filhos (f:n).

No quarto grupo verifica-se uma relação dos pacientes que possuem estresse moderado e severo (de:m e de:s), depressão moderada e severa (dd::m e dd:s) e ansiedade severa (da:s) associados com as características de terem câncer de útero (tc:u), realizarem dois tipos de tratamento (tt:d), moram sozinhas (m:s), são do sexo feminino (g:f) e são solteiras (cj:s).

Das variáveis da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e da escala de qualidade de vida (EORTC QLQ – C30) verificadas na tabela 4, somente não foi observada correlação estatisticamente significativa entre a função social e a depressão (DASS – D), ($r = -0,0573$; valor-p $> 0,05$). A função social teve correlação estatisticamente significativa com todas as outras variáveis da escala funcional e estado de saúde global e com a ansiedade (DASS – A), e estresse (DASS – E). Todas as outras variáveis da escala funcional e do estado de saúde global tiveram correlações negativas estatisticamente significativas com a depressão, ansiedade e estresse ($-0,7094 < r < -0,1481$; valor-p $<0,05$).

De acordo com a classificação de Callegari-Jacques (2003) já observando as correlações estatisticamente significativas, as variáveis estado de saúde global e desempenho de papéis correlacionaram-se com a depressão de maneira fraca. As variáveis função física, função emocional e função cognitiva correlacionaram-se com a depressão de maneira regular. As variáveis desempenho de papéis, função cognitiva e função social correlacionaram-se com a ansiedade de maneira fraca. As variáveis estado de saúde global, função física e função emocional correlacionaram-se com a ansiedade de maneira regular. As variáveis estado de saúde global, função física, desempenho de papéis e função social correlacionaram-se com o estresse de maneira fraca. A variável função cognitiva correlacionou-se com o estresse de maneira regular e a variável função emocional correlacionou-se com o estresse de maneira forte.

De maneira geral à medida que aumenta a depressão, a ansiedade e o estresse, todas as variáveis da escala funcional e estado de saúde global, exceto para a função social com a depressão, diminuem seus funcionamentos, assim como seu desempenho de papéis e seu estado de saúde global.

Tabela 4 - Matriz de correlação entre as variáveis da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e escala de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) dos pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro – Abril de 2019

	DASS – D	DASS - A	DASS- E	ESG	FF	DP	FE	FC	FS
DASS - 21/ D	1,0000								
DASS - 21/ A	0,4634	1,0000							
DASS - 21/ E	0,5720	0,5528	1,0000						
Estado de saúde global	-0,2572	-0,3124	-0,2929	1,0000					
Função Física	-0,4362	-0,3078	-0,2624	0,3075	1,0000				
Desempenho de Papeis	-0,2402	-0,2398	-0,2249	0,3024	0,3815	1,0000			
Função Emocional	-0,4808	-0,5022	-0,7094	0,3978	0,3152	0,3133	1,0000		
Função Cognitiva	-0,3331	-0,2497	-0,3222	0,1964	0,2719	0,2707	0,3676	1,0000	
Função Social	-0,0573*	-0,2085	-0,1481	0,2687	0,1753	0,2643	0,1917	0,1424	1,0000

Fonte: Dados da pesquisa. Galvão et al. (2019). Legenda: DASS – 21/D ou DASS D: depressão; DASS – 21/A ou DASS - A: ansiedade; DASS – 21/E ou DASS - E: estresse; ESG: estado de saúde global – qualidade de vida; FF: função física; DP: desempenho de papeis; FE: função emocional: FC: função cognitiva; FS: função social. *: não significativo (valor-p > 0,05).

Das variáveis da escala de sintomas verificadas na tabela 5, somente não foi verificada correlação estatisticamente significativa com as variáveis da escala DASS- 21 entre a diarreia e a depressão (DASS – D), ($r = 0,1244$; valor-p $> 0,05$) e entre a constipação e o estresse (DASS -E), ($r = 0,1370$, valor-p $> 0,05$). A dificuldade financeira também não se correlacionou com outras variáveis de sintomas, como a perda de apetite, a constipação e a diarreia ($r < 0,1202$; valor-p $< 0,05$). A variável diarreia também não se correlacionou de maneira significativa com as variáveis de sintomas como a fadiga, a dor e a dispneia ($r < 0,1126$; valor-p $< 0,05$). As outras variáveis da escala de sintomas tiveram correlações positivas estatisticamente significativas com a depressão, ansiedade e estresse ($r > 0,1493$; valor-p $<0,05$).

De acordo com a classificação de Callegari-Jacques (2003), já observando as correlações estatisticamente significativas, as variáveis insônia, perda de apetite, constipação e dificuldade financeira correlacionaram-se com a depressão de maneira fraca. As variáveis fadiga, náusea e vômito, dor e dispneia tiveram correlação regular com a depressão. As variáveis constipação, diarreia e dificuldade financeira tiveram correlação fraca com a ansiedade. As variáveis fadiga, náusea e vômito, dor, dispneia, insônia e perda de apetite tiveram correlação regular com a ansiedade. As variáveis náusea e vômito, perda de apetite, diarreia e dificuldade financeira tiveram correlação fraca com o estresse. As variáveis fadiga, dor, dispneia e insônia tiveram correlação regular com o estresse.

De maneira geral todas as variáveis, exceto a diarreia com a depressão e a constipação com o estresse, correlacionaram-se de maneira que com o aumento da depressão, ansiedade e estresse as variáveis da escala de sintomas aumentaram suas sintomatologias, ou seja, aumentaram seus problemas.

Tabela 5 - Matriz de correlação entre as variáveis da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e escala de sintomas da escala de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) dos pacientes oncológicos atendidos em Instituto do câncer em Rondônia, Brasil, Janeiro – Abril de 2019

	DASS - D	DASS – A	DASS- E	FA	NV	DO	DIS	IN	PA	CO	DI	DF
DASS - 21/ D	1,0000											
DASS-21/ A	0,4634	1,0000										
DASS-21/ E	0,5720	0,5528	1,0000									
Fadiga	0,4551	0,4794	0,4034	1,0000								
Náusea e Vomito	0,3195	0,3795	0,2955	0,4268	1,0000							
Dor	0,3059	0,3546	0,3453	0,5026	0,2734	1,0000						
Dispneia	0,3066	0,4488	0,3289	0,3626	0,3547	0,2775	1,0000					
Insônia	0,2683	0,3980	0,4252	0,3260	0,2747	0,4326	0,3604	1,0000				
Perda de apetite	0,2533	0,3174	0,1714	0,3563	0,4584	0,2140	0,2871	0,2139	1,0000			
Constipação	0,1493	0,2515	0,1370*	0,2268	0,2702	0,2238	0,2426	0,2235	0,2142	1,0000		
Diarreia	0,1244*	0,2023	0,1680	0,1126*	0,2706	0,0044*	0,1072*	0,1873	0,2215	0,2065	1,0000	
Dificuldade financeira	0,2497	0,2422	0,2954	0,2795	0,2179	0,2511	0,1401	0,1679	0,0835*	0,0880*	0,1202*	1,0000

Fonte: Dados da pesquisa. Galvão et al. (2019). Legenda: DASS – 21/D ou DASS D: depressão; DASS – 21/A ou DASS - A: ansiedade; DASS – 21/E ou DASS - E: estresse; NV: náusea e vomito; DO: dor; DIS: dispneia; IN: insônia; PA: perda de apetite; CO: constipação; DI: diarreia; DF: dificuldade financeira. *: não significativo (valor-p > 0,05).

6.9 DISCUSSÃO

Depressão, ansiedade e estresse são sintomas comumente encontrados na espécie humana, podendo atingir níveis disfuncionais e transformar-se até em transtornos mentais. No paciente com câncer esses sintomas podem ser encontrados com maior frequência, em consequência dos sinais da doença e das respostas ao tratamento terem semelhanças com os sintomas depressivos e/ou ansiosos (GRANEK et al., 2019).

A prevalência de depressão, ansiedade e estresse encontrada nos participantes deste estudo foram consideradas altas, sendo a maior para a variável ansiedade (36,63%), enquanto a da população geral brasileira é de 9,3% e mundialmente 3,6% (OMS, 2017).

Ainda que a prevalência de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com câncer frequentemente sofra variações, os resultados encontrados pelas pesquisas indicam que os números de pessoas com esses sintomas são sempre maiores quando comparados aos da população geral, independentemente do tipo de metodologia utilizada. Milligan et al. (2018) encontraram entre pacientes em tratamentos para diferentes tipos de câncer (mama, útero, pulmão, reto, estômago, hematológicos, glândula parótida, sarcoma de Ewing, entre outros) no Catar, ansiedade leve em 30% e 11% com níveis moderados; para depressão, 19% mostraram níveis moderados, com maior proporção de mulheres apresentando estes sintomas em níveis moderados a grave.

Estudo realizado na Espanha, em pacientes com tumores ressecados elegíveis para quimioterapia adjuvante, a depressão foi observada em 41% das mulheres e preocupação ansiosa em 21%. Enquanto nos homens, depressão e preocupação ansiosa foram relatados em 29% e 61%, respectivamente (CALDERON et al., 2019). Observa-se grande prevalência desses sintomas independentemente do sexo, sendo nesse caso a depressão mais expressiva no sexo feminino, enquanto que a preocupação ansiosa foi mais percebida pelos homens. Outra amostra de pacientes oncológicos no início do tratamento quimioterápico adjuvante, na Espanha, apresentou prevalência ainda maior, sendo ansiedade em 49,8 % e depressão em 36,6%; foi também observada a predominância de pessoas do sexo feminino e de idade mais jovens (JIMENEZ-FONSECA et al., 2018).

Na Austrália, pesquisa realizada com 1183 pacientes com câncer invasivo e com diagnóstico precoce, registrados em banco de dado populacional, apontou prevalência de 21% para ansiedade e 13% para depressão. Ainda nesses pacientes, com diferentes tipos de neoplasias, os com câncer de mama, melanoma, cabeça e pescoço, urologia e trato

gastrointestinal superior tiveram a maior prevalência de ansiedade elevada. No entanto, em um outro grupo menor, composto por pessoas com outros tipos de câncer, 42% também apresentou ansiedade elevada. A prevalência de depressão elevada foi mais alta entre participantes com câncer do trato gastrointestinal superior (28%) e do pulmão (24%). O câncer de próstata teve a menor prevalência de ansiedade elevada (10%) e depressão (9%) (MARCO; WHITE, 2019).

Entre pacientes com câncer de mama, acompanhadas por centro de pesquisa na Califórnia, antes de iniciarem o tratamento, 22,7% foram classificados como deprimidos (CHANG et al., 2019). Outro estudo, realizado no Centro de Pesquisa Oncológica de Florianópolis, com o mesmo tipo de câncer, apresentou prevalência de sintomas depressivos em mulheres em tratamento ou após tratamento de 30,3% com sintomas moderados e 13,5% com sintomas graves (BOING et al., 2019).

Em um estudo com a utilização de instrumento diferente, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), foi avaliado os sintomas de ansiedade e depressão entre sobreviventes de câncer colorretal. Esses dados foram comparados com os da população geral sem câncer. Sintomas de ansiedade apareceram em 20,9% e de depressão em 19% dos pacientes com câncer colorretal; essas prevalências foram maiores do que as da população geral sem câncer, que foram 11,8% e 12,8 % respectivamente (MOLS et al., 2018).

Nikendei e colaboradores (2018), expressaram serem os sintomas depressivos mais sentidos em pessoas com câncer comparado às pessoas com depressão e sem doenças crônicas. Embora os pacientes afetados pela doença neoplásica, apresentem maiores sintomas somáticos de depressão (diminuição de apetite), comparado a pacientes deprimidos sem câncer, observa-se níveis menores de comprometimento cognitivo (inutilidade e pensamento suicida) (NIKENDEI et al., 2018). Esse impacto maior de sintomas somáticos em pacientes com câncer tende a ocorrer devido as reações do tratamento afetarem de forma direta a estrutura de funcionamento fisiológico do corpo, principalmente na quimioterapia, em que a medicação circula por todo o organismo a fim de eliminar as células cancerígenas, mas nesse processo algumas células sadias também são afetadas, comprometendo a execução normal das funções.

Em relação ao estresse, estudo na Austrália com pacientes passando por processo quimioterápico, também utilizando a DASS-21, apresentou níveis moderados e/ou severo em 10,2% dos pacientes (MCMULLEN et al., 2018), essa prevalência foi menor do que a encontrada na presente pesquisa (27,23%). Outros estudos com instrumento diferente, o

Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), relataram resultados maiores, Barbosa, Santos e Barbosa (2012), em amostra de 20 mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária maligna na faixa etária entre 40 e 60 anos encontraram estresse em 60% das participantes, enquanto Rodrigues e colaboradores (2016), em ambulatório de onco-hematologia em uma Instituição privada de grande porte localizado no município de São Paulo, denotaram que 78% dos 32 pacientes em tratamento antineoplásico apresentavam estresse.

Benavente, Monteiro e Costa (2015), verificaram a existência de diferenças de gênero na percepção de estresse e estratégias de enfretamento em paciente com câncer colorretal que estavam recebendo quimioterapia. Para os autores, o estresse foi mais percebido pelas pessoas do sexo feminino, porém não foram encontradas diferenças de gênero nas estratégias de enfrentamento.

Com o objetivo de avaliar a viabilidade de um programa de intervenção no estilo de vida sobre bem-estar físico e mental e qualidade de vida (QV) de sobreviventes de câncer, a intervenção consistiu em treinamento de estilo de vida individual e em grupo com foco na dieta, exercício e interação mente-corpo. Percebeu-se efeito positivo na fadiga, estresse e ansiedade. Relacionado à qualidade de vida, grandes melhorias foram percebidas na vitalidade, limitações de função devido à saúde física, limitações de função devido a problemas emocionais e experiência pessoal em saúde (BEUMELER et al., 2018).

Quanto aos resultados das associações realizadas com as variáveis obtidas, observados nas figuras 2 e 3, foi possível agregar as informações em quatro grupos. O primeiro agrupou pacientes que obtiveram depressão, ansiedade e estresse em níveis considerados normais, com as características de pessoas que estavam com câncer hematológicos e de próstata, passando por apenas um tipo de tratamento, eram casados e do sexo masculino.

Em estudo realizado por Mols et al. (2018), foram encontrados resultados semelhantes, ter idade mais avançada e ser homem foram significativamente associados com menos sintomas de ansiedade, e ser casado foi relacionado a menos sintomas de ansiedade e depressão. Contudo, faixa etária maior e sexo masculino foram variáveis relacionadas a mais sintomas de depressão ao longo do tempo. Em contrapartida, mostraram ainda que um tempo maior desde o diagnóstico foi associado com menos sintomas depressivos, o que não se aplica aos sintomas ansiosos. Encontram também associação de baixa escolaridade e presença de comorbidade a mais sintomas ansiosos e depressivos. Naseri e Taleghani (2018), em pesquisa

semelhante, observaram resultados equivalentes e verificaram que há declínio desses sintomas quando há apoio social aumentado.

No presente estudo, menos anos de escolaridade (pacientes que cursaram até o ensino fundamental), foi associado com ansiedade moderada; outros tipos de câncer; status em diagnóstico e acompanhamento; não estavam em tratamento; tinham mais de 40 anos; moravam acompanhados; tinham filhos; não trabalhavam; tinham renda mensal de até três salários mínimos; e residiam em cidade diferente do local de tratamento.

Esperar pelo início do tratamento pode gerar aumento de sintomas depressivos, ansiosos e estressores. Marco e White (2019) indicaram que pacientes que não receberam qualquer tratamento tiveram a maior prevalência de ansiedade (29%) e depressão (20%) quando comparados aos pacientes tratados por cirurgia, que por sua vez apresentaram menor prevalência de ansiedade elevada (20%) e depressão (12%).

A expectativa pelo início do tratamento e o contato com o desconhecido podem figurar como desencadeadores desses sintomas nessa fase do diagnóstico. Estar em acompanhamento, com a possibilidade da recidiva em cada retorno, também pode suscitar a vivência de sintomas ansiosos. Assim como a preocupação com os filhos, de como ficará essa família, ainda mais se o sustento da casa depender exclusivamente do paciente. Há também o fato de estar em outra cidade, distante de seu lar e de pessoas queridas, o que dificulta o suporte do apoio social, fator indicado por Naseri e Taleghani (2018) como colaborador para diminuição de sintomas depressivos.

Contudo, no presente estudo, níveis mais elevados de depressão, ansiedade e estresse foram encontrados em pacientes que faziam dois tipos de tratamentos, assim como apresentado também por Jimenez-Fonseca et al. (2018), ao exibirem que pacientes que realizaram quimioterapia e radioterapia concomitante exibiram mais ansiedade e depressão do que aqueles tratados apenas com quimioterapia. Esses dados possibilitam a compreensão de que tanto a espera pelo início do tratamento, quanto fazer mais de um tipo de tratamento ao mesmo tempo, podem acarretar sintomas ansiosos, depressivos e estressores prejudiciais à recuperação do paciente oncológico. Então, tratamentos concomitantes, ainda que considerados em alguns casos mais eficazes, podem também acarretar maiores prejuízos.

Ao comparar pessoas que vivenciaram o câncer e aquelas sem histórico da doença, Zeynalova et al. (2019) apresentaram resultados semelhantes aos do presente estudo, mostrando relação da ansiedade com diagnóstico prévio de câncer, idade mais avançada, sexo feminino e baixo nível socioeconômico. Entretanto, não houve diferença significativa no

transtorno de ansiedade entre os sobreviventes de câncer em relação ao tempo passado desde o diagnóstico inicial de câncer, comparando 5-10 anos após o diagnóstico. Essa associação foi significativa para pacientes com tumores nas seguintes localizações: órgãos genitais, órgãos urinários, mama e órgãos digestivos.

Em se tratando da idade, outro estudo fez referência à faixa etária de 40 a 60 anos comparada a de 61 a 80 em mulheres com câncer de mama. A primeira apresentou maior presença de sintomas depressivos, assim como menores níveis de escolaridade, diagnóstico de outras doenças e além de mastectomia radical. Enunciaram também que linfedema, baixa autoestima e pior imagem corporal foram fatores associados à presença de sintomas de depressão em mulheres brasileiras após câncer de mama (BOING et al., 2019). Esse é um dado que contrasta com o presente estudo, em que não foram encontradas relações entre câncer de mama e as variáveis depressão, ansiedade e estresse. Sugerindo que outras variáveis além do tipo de câncer podem estar associadas a maior presença desses sintomas. Ainda assim, outros autores como Chang et al. e Whisenant et al. (2019) relataram a presença de sintomas depressivos e ansiosos em pessoas com câncer de mama.

No quarto grupo foram verificadas pacientes com câncer de útero, com associações de depressão, estresse moderados e severos e ansiedade severa, realizando dois tipos de tratamento, do sexo feminino, solteiras e moravam sozinhas. Estudo realizado na Espanha também mostrou ser o sexo feminino uma variável associada a níveis mais elevados de depressão e ansiedade (CALDERON et al., 2019). Shyu et al. (2019) notaram que o câncer do colo do útero foi fator de risco proeminente para o desenvolvimento de depressão em mulheres com câncer cervical, assim como idade avançada e comorbidades. Todavia, na pesquisa desenvolvida por Jimenez-Fonseca et al. (2018), na Espanha, verificou-se ainda que pessoas do sexo feminino, solteiras, que estavam trabalhando também apresentaram mais ansiedade, sendo a faixa etária mais afetada por esse sintoma a de indivíduos mais jovens diferindo do estudo de Shyu et al. (2019). No presente estudo idade mais avançada foi associada a níveis moderados de ansiedade.

Como apresentado, características que podem ter influência na vivência de depressão e estresse em níveis moderados e severos, e ansiedade em nível severo, tem-se o câncer de tipo uterino. O útero, representativo da feminilidade e fertilidade da mulher, encontra-se frente à possibilidade de intervenção médica que pode resultar em perda da função desse órgão e de tudo ao qual ele remete, a partir do diagnóstico da doença e do tratamento. Esta situação suscita à mulher um sentimento de luto de uma parte sua, que *a priori* era sadia e poderia se

assim desejasse gerar outra vida. Além disso, os métodos de exames e tratamento são invasivos e por vezes, dolorosos. Desta maneira muitos aspectos da vida das mulheres são impactados, necessitando de suporte psicológico nesse processo para reconstrução da sua imagem e enfrentamento de toda a situação.

Em momentos como esse, muitos sentimentos vêm à tona. Referente aos aspectos emocionais, Huff e Castro (2011) apresentam que estão presentes: ansiedade, angústia, medo da possibilidade de morte, dúvidas, incertezas por desconhecimento, negação da doença, insegurança quanto à imagem corporal, diminuição da autoestima, sentimento de perda pela mutilação do órgão retirado, impotência pelas alterações nas atividades sociais, laborativas e de lazer que precisam ser pensadas em detrimento da nova condição de vida que se voltará para o processo de tratamento.

Aponta-se a existência de relação entre ansiedade, depressão e o paciente com câncer. A presença dessas condições mentais afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes oncológicos comparados àqueles que não apresentaram depressão e/ou ansiedade (SIMÃO et al., 2017). Logo, a presença de depressão e ansiedade quando atingem estados de disfuncionalidades impactam a saúde de qualquer indivíduo, principalmente aqueles que já estão passando por situações dolorosas como no caso do câncer, em que, desde a confirmação do diagnóstico há algum tipo de sofrimento.

Em relação aos aspectos da qualidade de vida, os participantes desta pesquisa apresentaram estado de saúde global com uma média de 75,19 (DP 22,94), o que pode ser considerada de moderada a boa. Um estudo longitudinal na Malásia, utilizando a mesma escala EORTC QLQ-C30, exibiu declínio na pontuação média global de saúde ao longo do tempo, considerando que no início do estudo foi de 60,8; aos três meses, a pontuação média global de saúde dos participantes do estudo mergulhou para 56,8; e 1 ano após o diagnóstico, esse escore baixou para 53,0 (SUBRAMANIAM et al., 2018).

Outro estudo do tipo longitudinal também apresentou declínio deste aspecto. Ao longo do tratamento quimioterápico, mulheres com câncer de mama apresentaram piora na qualidade de vida no decorrer da terapêutica. A piora foi menor nas pacientes atendidas em instituição privada em comparação às atendidas na pública. Nestes casos (instituições privadas) as funções mais comprometidas foram a emocional e social, enquanto que na pública foram as físicas e a dor (COELHO et al., 2018). Essas informações mostram que passar pelo processo de tratamento de câncer pode acarretar prejuízos mesmo após o término

da terapêutica. O acompanhamento a longo prazo desses pacientes é essencial na amenização de possíveis sequelas, tanto físicas como psicológicas.

Quanto aos aspectos relacionados à qualidade de vida dos pacientes oncológicos, houve associação das variáveis depressão, ansiedade e estresse, de forma inversamente proporcional. À medida que aumenta a depressão, a ansiedade e o estresse, todas as variáveis da escala funcional diminuem seus funcionamentos, exceto à função social com a depressão. Em relação aos itens relacionados à escala de sintomas, houve uma correlação proporcional, de maneira que com o aumento da depressão, da ansiedade e do estresse as variáveis da escala de sintomas aumentaram suas sintomatologias, ou seja, aumentaram seus problemas, com exceção da diarreia com a depressão e da constipação com o estresse. Assim, quanto maior a presença de sintomas depressivos, ansiosos e estressores pior a qualidade de vida dos pacientes com câncer.

Resultados semelhantes foram encontrados por Marco e White (2019), nos quais a diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde foi associada à quimioterapia, à ansiedade e à depressão. Já Charalambous et al. (2019), apresentaram que em pacientes com câncer de mama e próstata, a qualidade de vida relacionada à saúde foi negativamente associada com dor, fadiga, ansiedade e depressão, indicando que menor qualidade de vida está associada a níveis mais altos desses aspectos, corroborando também com o presente trabalho.

O câncer em si é um fator significativo na deterioração do estado de saúde global. Aliado a outros fenômenos, como depressão, ansiedade e estresse, tende a dificultar a manutenção das condições que contribuem para o bem-estar do indivíduo. Dabrowska-Bender et al. (2017) compreenderam a existência de relação entre a avaliação subjetiva da qualidade de vida por pacientes e a dor que interfere em suas atividades cotidianas. Isto evidencia que tanto a doença quanto o tratamento interferem na qualidade de vida em todas as suas dimensões, em especial no que diz respeito ao funcionamento físico e sensação frequente de fadiga.

Abrahams et al. (2018) mostraram que níveis mais altos de fadiga combinam com pior qualidade de vida, menor capacidade de funcionamento e dificuldades no trabalho, e menor saúde mental em pacientes com câncer de mama. Foi constatado também que a presença de problemas financeiros (como resultado da doença) prejudica significativamente a avaliação subjetiva da qualidade da vida pelos pacientes (DABROWSKA-BENDER et al., 2017). Reafirmando a premissa de que o ser humano é um ser biopsicossocial, todas as nuances que fazem parte de sua vivência vão interferir de alguma maneira na sua forma de vida.

Em pacientes com câncer de mama também foi possível perceber que mudanças na qualidade de vida, alteraram-se de acordo com as mudanças do estado depressivo. À medida que os sintomas depressivos iam diminuindo, aconteciam melhoras na qualidade de vida dos pacientes (KIM et al., 2018). Outro aspecto que se relacionou com sintomas depressivos, ansiosos e diminuição da qualidade de vida foi a baixa satisfação com a vida (LORENZO-SEVA et al., 2019). A percepção sobre si e sobre o mundo também tem influência na forma de analisar e responder a critérios que avaliam bem-estar e qualidade de vida.

Pesquisas buscaram estabelecer outras relações com a qualidade de vida. Pacientes holandeses com câncer de próstata com idade mais jovem no diagnóstico relataram alta qualidade de vida relacionada à saúde (KURIAN et al., 2018). Diferente estudo, realizado com pacientes com câncer na Malásia, apresentou que o estágio tardio no diagnóstico foi o mais forte preditor de má qualidade de vida. Assim como idade crescente, ser casado, status de renda alta, presença de comorbidades e a administração de quimioterapia (SUBRAMANIAM et al., 2018).

Outro estudo em pacientes com câncer de mama apontou que, de forma geral, a qualidade de vida global melhorou ao longo da terapia a partir do pré-operatório. Todavia, o funcionamento físico, funcionamento emocional e fadiga apresentaram-se em média deterioradas. As características relacionadas à má qualidade de vida antes da cirurgia foram idade mais jovem e condição de saúde mental comórbida. Demonstrou também que qualidade de vida empobrecida foi indicada principalmente por mulheres que sofriam de um medo intenso de tratamento e que recebeu quimioterapia e/ ou mastectomia (WOCKEL et al., 2017).

Atentando aos prejuízos na qualidade de vida, geralmente as avaliações são visualizadas a partir de um viés mais global da qualidade de vida em comparação com componentes mais específicos. Hinz et al. (2017) mostraram que a média da qualidade de vida global na amostra de câncer foi quase igual à da população geral, enquanto as pontuações médias de todos os itens de funcionamento e itens de sintomas mostraram pior qualidade de vida de pessoas com câncer. Importante lembrar que a qualidade de vida global nem sempre confere o bem-estar geral do indivíduo. É essencial uma análise mais cuidadosa em aspectos mais específicos para um melhor panorama do estado global de saúde de pacientes oncológicos.

6. 10 CONSIDERAÇÕES

O câncer é uma doença física que tem repercussão na saúde global. O fato de aspectos desta doença e de seu tratamento terem semelhança com sintomas depressivos, ansiosos e estressores, por si só são indicações de que o paciente necessita de atenção integralizada para vivenciar esse processo da melhor forma possível. Conferindo prioridade à qualidade de vida do indivíduo em todas as fases, inclusive após o término do tratamento.

Nesta pesquisa encontrou-se um número expressivo de pacientes que vivenciam sintomas depressivos, ansiosos e estressores em níveis que podem acarretar prejuízos na busca da remissão da doença. Deste modo, frisa-se a importância do conhecimento da realidade do paciente oncológico e da organização do tratamento, de forma que aspectos individuais da vivência do adoecimento por câncer sejam atendidos.

As associações das variáveis permitiram a compreensão de que depressão, ansiedade e estresse são sintomas presentes nas pessoas com câncer e podem ter relações com aspectos sociodemográficos e clínicos e ainda propiciar prejuízos ainda maiores à qualidade de vida dos pacientes oncológicos se não tratados corretamente, uma vez que esses sintomas podem ser confundidos com sintomas da própria doença.

Passar pelo processo do diagnóstico e tratamento do câncer pode ser ainda mais adoecedor se aspectos inerentes ao ser humanos, que podem ser desencadeados a partir dessa vivência, não forem acompanhados e proporcionado o devido suporte. O tratamento antineoplásico é agressivo, assim como, seus efeitos colaterais, aspecto que colabora para a possibilidade de desencadeamento de sintomas físicos e psicológicos que necessitam de avaliação.

A maneira de encarar o processo de adoecimento configura-se como parte essencial para construção do prognóstico. Ao negar a doença automaticamente exclui-se a possibilidade de enxergar as condições que colaboraram para seu desencadeamento. Embora a negação do paciente seja um recurso para lidar com o diagnóstico, quando não se consegue suportar a realidade, ou seja, uma tentativa de regular aquilo que ainda não se pode aceitar, ela pode dificultar o engajamento na busca pelo restabelecimento da saúde. Por isso, é tão importante a aceitação da condição de adoecimento, principalmente em situações como o câncer, em que grande parte dos casos acontecem em decorrência de hábitos que poderiam ser evitados, diminuindo as chances de manifestação da doença. Quando ocorre a adaptação abre-se possibilidade para pensar sobre esses comportamentos e na necessidade de promoção de mudanças no estilo de vida.

Outro aspecto que colabora para um melhor manejo do adoecimento é o repasse de informações diretas e detalhadas sobre a doença, o processo de tratamento e os impactos (efeitos colaterais), que possibilite ao paciente ter uma noção do que irá enfrentar, de forma que ocorra amenização de sintomas que possam vir a prejudicar o paciente. Claramente, a forma de vivenciar as situações sofre modificações de pessoa para pessoa, mas, há alguns aspectos que tendem a ocorrer de maneira generalizada que precisam ser conhecidos e exemplificados para quem passará pelo tratamento e também para os acompanhantes do paciente. Salienta-se a importância da conscientização da necessidade de transformação do estilo de vida, com esclarecimentos sobre aspectos que precisam ser modificados, visando amenização dos prejuízos nas condições de bem-estar do indivíduo como um todo, visando uma vida mais saudável.

Informar o paciente sobre as consequências de permanecer em um mesmo estilo de vida, favorecendo a possibilidade de reaparecimento da doença, é fundamental. Trata-se não apenas de curar um sintoma, um tumor, mas de viver uma vida com mais cuidado consigo em todos os sentidos, uma vivência baseada no cultivo de hábitos mais saudáveis. Considera-se imprescindível o repasse de conhecimento a respeito de todos os aspectos envolvidos no adoecimento por câncer, e principalmente as formas de prevenção.

Para tanto, as pessoas devem ser orientadas quanto a construção de hábitos que proporcionem melhores qualidade de vida. Assim, propõe-se a criação de um Programa de Tratamento em que as pessoas tenham atendimento multidisciplinar que viabilize a avaliação de sintomas de depressão, ansiedade e estresse e a psicoeducação. Com isso, pretende-se que as pessoas tenham acesso as informações sobre o cuidado durante e após o tratamento, sobre quais mudanças de hábitos auxiliaram não só a passar pelo tratamento cancerígeno mais a adotar comportamentos preventivos que contribuam para a evitação da recidiva, reabilitando o indivíduo na construção de novos hábitos autocuidado. Esta intervenção deve levar em consideração os aspectos biológicos e sociais, bem como os psicológicos, fazendo uso de uma visão de homem biopsicossocial.

Tendo em vista o papel da psicoeducação como um passo fundamental para a adoção de hábitos mais saudáveis, pensou-se também na possibilidade de implementação de programa de motivação para mudança de comportamento, e utilização de técnicas apontadas como agregadoras de benefícios à qualidade de vida, tais como: programas baseados em *mindfulness* (RUSSELL et al., 2019). A abordagem baseada em *mindfulness* e aceitação, considera questões de consciência, autoconhecimento, autocompaixão e aceitação, sendo

observados resultados positivos em casos de ansiedade, depressão, dor e mudança de comportamento. Estas são usadas como um tratamento não farmacológico eficaz para melhorar a qualidade de vida (QV) e abordar problemas psicológicos incluindo angústia, ansiedade, estresse e depressão (NGAMKHAM; HOLDEN; SMITH, 2019). Outros programas também têm sido considerados eficientes, como os de modalidade mente corpo; meditação espiritual; yoga e meditação *mindfulness*, que tem se mostrado eficaz na redução do estresse (VOIB et al., 2019). Revisão sobre a influência da pratica de yoga por pessoas com câncer sugeriu a partir dos resultados dos estudos que a yoga pode melhorar o estresse, a aflição durante o tratamento e distúrbios pós-tratamento no sono e na cognição, acarretando consequentemente em benefícios para o sistema imunológico e melhora da qualidade de vida (DANHAUER et al., 2019).

Sugere-se um estudo longitudinal para melhor entendimento da vivência de um processo de tratamento oncológico e impactos deste mesmo após a recidiva da doença. E ainda pesquisas sobre outras intervenções que possam auxiliar os pacientes a passarem por essa situação da melhor forma possível, amenizando os sofrimentos e propiciando benefícios à saúde e a vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMS, H. J. G. et al. The relationship of fatigue in breast cancer survivors with quality of life and factors to address in psychological interventions: A systematic review. **Clinical Psychology Review**, v. 63, p. 1–11, 2018. Disponível em: https://www-sciencedirect.ez8.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0272735817302301. Acesso em: 31 jul. 2019.

AKIN, S.; GUNER, C. K. Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. **Eur J Cancer Care**, v. 28, n. 1, p. 1-12, 2019. Disponível em: https://onlinelibrary-wiley.ez8.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/ecc.12898. Acesso em: 01 jul. 2019.

ALVES, P. C. et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Rev da Escola de Enf da USP**, v. 44, n. 4, p. 989-995, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400019. Acesso em: 21 mar. 2019.

ANDERSEN, B. L. et al. Cells, cytokines, and cancer stress: a biobehavioral study of patients with chronic lymphocytic leukemia. **Cancer**, p. 3240-3248, 2018. Disponível em:

https://onlinelibrary-wiley.ez8.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1002/cncr.31538. Acesso em: 01 jul. 2019.
ANDRADE, F. P. de. et al. Validade discriminante do questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington no contexto brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 781-789, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 de jan. 2019.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. [recurso eletrônico] Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA, M. R.; SANTOS, F. U. dos; BARBOSA M. R. Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 8, n. 1, p. 10-18, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872012000100003. Acesso em: 21 ago. 2019.

BAUER, M. E. Estresse – como ele abala as defesas do corpo. Instituto de Pesquisas Biomédicas e Faculdade de Biociências, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, **Ciência Hoje**, v. 30, n. 179, p. 20-25, 2002. Disponível em: http://www.dbm.ufpb.br/~marques/Artigos/Estresse.pdf . Acesso em: 8 ago. 2019.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática [recurso eletrônico] tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

BENAVENTE, S. B. T.; MONTEIRO, E. M. S; COSTA, A. L. S. Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. **Aquichan**, v. 15, n. 1, p. 9-20, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972015000100002&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 21 ago. 2019.

BERGEROT, C. D. et al. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 187-197, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n2/a02v19n2.pdf. Acesso em: 16 abr. 2018.

BEUMELER, L. F. E. et al. Evaluation of a lifestyle intervention program in primary care on physical and mental health and quality of life of cancer survivors: A pilot study. European **Journal of Integrative Medicine**, v. 23, p. 1–5, 2018. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876382018306048. Acesso em: 21 ago. 2019.

BIGATÃO, M. dos R.; CARLOTTI JR, C. G.; CARLO, M. R. do P. de. Qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com tumores cerebrais primários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 1, p. 33-38, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852014000100033&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 mar. 2019.

BIFULCO, V. A.; FALEIROS, D. A. M. Psico-oncologia. In: BIFULCO, V. A.; FERNANDES JUNIOR, H. J. (Orgs). **Câncer**: uma visão multiprofissional. 2. Ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2014.
BOING, L. et al. Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 30, p. 1-12, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30942272. Acesso em: 29 abr. 2019.

BOTELHO, A. S. C.; PEREIRA, M. da G. Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorretal em quimioterapia. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 50-60, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0050.pdf. Acesso em: 15 maio 2018.

CALDERON, C. et al. Incidence of sleep problems and their mediating role on depression and anxious preoccupation in patients with resected, non-advanced cancer: data from NEOcoping study. **Clini Transl Oncol**: Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FESEO), v.21, n. 2, p. 1-4, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30712235. Acesso em: 30 abr. 2019.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CANGUSSU, R. de O. et al. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck - Short Form. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 106-110, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2018.

CAPRISTE, M. L. P. et al. Reflexões sobre a influência do estresse crônico na transformação de células saudáveis em células cancerígenas**. Rev enf UFPE** [on line], Recife, v. 11, n. 6, p. 2473-2479, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23412/19084. Acesso: 07 ago. 2019.

CHANG, H. A. et al. Depression predicts longitudinal declines in social support among women with newly diagnosed breast cancer. **Psycho-Oncology**, v. 28, n. 3, p. 635–642, 2019. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.5003. Acesso em: 29 abr. 2019.

CHARALAMBOUS, A. et al. Parallel and serial mediation analysis between pain, anxiety, depression, fatigue and nausea, vomiting and retching within a randomised controlled trial in patients with breast and prostate cancer. **BMJ Open**, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30679301. Acesso em: 12 abr. 2019.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade** [recurso eletrônico]: ciência e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

COELHO, R. de C. F. P. et al. Comprometimento da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama submetidas a quimioterapia no atendimento público e privado. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 36, n. 1, p. 1-12, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072018000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 set. 2019.

CORMANIQUE, T. F. et al. Estresse psicológico crônico e seu impacto no desenvolvimento de neoplasia mamária agressiva. **Einstein**, v. 13, n. 3, p. 352-356, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n3/pt_1679-4508-eins-13-3-0352.pdf. Acesso em: 07 ago. 2019.

DABROWSKA-BENDER, M. et al. Analysis of Quality of Life Subjective Perception by Patients Treated for Prostate Cancer with the EORTC QLQ-C30 Questionnaire and QLQ-PR25 Module. **J Canc Educ**, v. 32, p. 509–515, 2017. Disponível em: https://link-springer-com.ez8.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s13187-015-0954-5. Acesso em: 29 jul. 2019.

DANHAUER, S. C. et al. Yoga for Symptom Management in Oncology: A Review of the Evidence Base and Future Directions for Research. **Cancer**, v. 125, n. 12, p. 1979-1989, 2019. Disponível em: https://onlinelibrary-wiley.ez8.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1002/cncr.31979. Acesso em: 01 jul. 2019.

DEAN A. G. et al. **Epi Info**, Version 7.2.2.2: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers of Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA, 2017.

DEEP, C. N.; LEAL, I.; PATRÃO, I. Avaliação da intervenção cognitivo-comportamental em gestão do stress em pacientes com fadiga oncológica, em radioterapia. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 293-301, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00293.pdf. Acesso em: 29 nov. 2018.

DEEP, C. N.; LEAL, I.; PATRÃO, I. Vivência psicossocial do cancro em pacientes sem fadiga oncológica - um estudo descritivo. **Psicologia Clínica**, v. 28, n. 3, p. 117-134, 2016. Dispomível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2018.

DRAGAN, TERZIC. Depression – stress, cancer, and therapy. **Onkologija**, v.22, n. 1, p. 42-46, 2018. Disponível em: https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/Revija_Onkologija/2018/Depresija_-_stres__maligna_bolezen_in_zdravljenje.pdf. Acesso em: 01 jul. 2019.

FANELLI, M. F.; OLIVEIRA, M. L. F. N. Cuidados com o paciente oncológico. In: FUKUMITSU, K. O. (Org). **Vida, morte e luto** [recurso eletrônico]: atualidades brasileiras. São Paulo. Summus, 2018. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=VtReDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT105&dq=sintomas+de+transtornos+de+ansiedade+e+depress%C3%A3o+em+pacientes+com+cancer&ots=wBW3wU8Lpt&sig=oGkGnlvnphu2FChFYAzA-l43WJo#v=onepage&q=sintomas%20de%20transtornos%20de%20ansiedade%20e%20depress%C3%A3o%20em%20pacientes%20com%20cancer&f=false. Acesso em: 31 out. 2018.

FANGER, P. C. et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. **Rev da Assoc Méd Brasileira**, v. 56, n. 2, p.

173-178, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200015. Acesso em: 21 mar. 2019.
FONSECA, R. da; CASTRO, M. M. de. A importância da atuação do psicólogo junto a pacientes com câncer: uma abordagem psico-oncologica. **Psicodebate**, v. 2, n. 1, p. 54-72, 2016. Disponível em: http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/46. Acesso em: 15 maio 2018.

GRANEK, L. et al. Oncology health care professionals' perspectives on the causes of mental health distress in cancer patients. **Psycho-Oncology**, v. 28, n. 8, p. 1–7, 2019. Disponível em: https://onlinelibrary-wiley.ez8.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1002/pon.5144. Acesso em: 01 jul. 2019.

HINZ, A. et al. The influence of self-efficacy and resilient coping on cancer patients' quality of life. **Eur J Cancer Care**, v. 28, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em: https://onlinelibrary-wiley.ez8.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/ecc.12952. Acesso em: 01 jul. 2019.

HINZ, A. et al. The relationship between global and specific components of quality of life, assessed with the EORTC QLQ-C30 in a sample of 2019 cancer patients. **Eur J Cancer Care**, v. 26, n. 2, p. 1-8, 2017. Disponível em: https://onlinelibrary-wiley.ez8.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/ecc.12416. Acesso em: 30 jul. 2019.

HUFF, R.; CASTRO, E. K. de. Repercussões Emocionais do Câncer Ginecológico e Exenteração Pélvica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 33-42, 2011. Disponível em: http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/download/79/134. Acesso em: 31 ago. 2019.

JIMENEZ-FONSECA, P. et al. Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. **Clini Transl Oncol**, v. 20, n. 11, p. 1408–1415, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29651672. Acesso em: 06 maio 2019.

KIM, S. Y. et al. Changes in depression status during the year after breast cancer surgery and impact on quality of life and functioning. **General Hospital Psychiatry**, v. 50, p. 33–37, 2018. Disponível em: https://www-sciencedirect.ez8.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0163834317302050. Acesso em: 30 jul. 2019.

KURIAN et al. Examining relationships between age at diagnosis and health-related quality of life outcomes in prostate cancer survivors. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6108139/pdf/12889_2018_Article_5976.pdf. Acesso em: 30 jul. 2019.

LORENZO-SEVA, U et al. Psychometric properties and factorial analysis of invariance of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in cancer patients. **Quality of Life Research**, v. 28, n. 5, p. 1255–1264, 2019. Disponível em: https://link-springer-com.ez8.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s11136-019-02106-y. Acesso em: 16 jul. 2019.

MACIEL, V. Pesquisa relata impactos na vida de pacientes com câncer. **Ministério da saúde**, 2019. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45176-pesquisa-do-inca-relata-impactos-na-vida-de-pacientes-curados-do-cance. Acesso em: 29 mai. 2019.

MARCO, D. J. T.; WHITE, V. M. The impact of cancer type, treatment, and distress on health-related quality of life: cross-sectional findings from a study of Australian cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 280, p. 1-9, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30661203. Acesso em: 07 mai. 2019.

MCMULLEN, M. et al. Factors associated with psychological distress amongst outpatient chemotherapy patients: An analysis of depression, anxiety and stress using the DASS-21. **Applied Nursing Research**, v. 40, p. 45-50, 2018. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189717301623?via%3Dihub. Acesso em: 21 ago. 2019.

MERCÊS, E. L.; MOURA, L. F.; OLIVEIRA I. J. S. O. Terapia cognitivo-comportamental aplicada à depressão: uma breve revisão bibliográfica. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 6, n. 1, p. 2-11, 2018. Disponível em: http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1321/pdf_2. Acesso em: 04 dez. 2019.

MILLIGAN, F. et al. Assessing anxiety and depression in cancer patients. **Br J Nurs**, v. 27, n. 10, p. 18-23, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29791230. Acesso em: 15 abr. 2019.

MISHRA, S. I. et al. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. **Cochrane Database Syst Rev**. v.8, n. 37, P. 390-392, 2012. Disponível em: https://onlinelibrarywileycom.ez8.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/coa.12015. Acesso em: 17 set. 2019.

MOTA, D. D. C. de F.; PIMENTA, C. A. de M.; CAPONERO, R. Fadiga em pacientes com câncer colorretal: prevalência e fatores associados. **Rev Latino-Am. Enf**, v. 20, n. 3, p. 1- 9, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2019.

MOLS, F. et al. Symptoms of Anxiety and Depression Among Colorectal Cancer Survivors From the Population-Based, Longitudinal PROFILES Registry: Prevalence, Predictors, and Impact on Quality of Life. **Cancer**, v. 124, n. 12, p. 2621-2628, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29624635. Acesso em: 15 abr. 2019.

MORENO, P. I. et al. Satisfaction With Cancer Care, Self-Efficacy, and Health-Related Quality of Life in Latino Cancer Survivors. **Cancer**, v. 124, n. 8, p. 1770-1779, 2018. Disponível em: https://onlinelibrary-wiley.ez8.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1002/cncr.31263. Acesso em: 30 jul. 2019.

NASERI, N.; TALEGHANI, F. Social Support and Depression in Iranian Cancer Patients: The Role of Demographic Variables. **J Caring Sci,** v. 7, n. 3, p. 143-147, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6163157. Acesso em: 15 abr. 2019.

NERO, M. et al. Impact of gynecologic cancer on pelvic floor disorder symptoms and quality of life: an observational study. **Scientific Reports**, v. 9, n. 1, p. 1-9, 2019. Disponível em: https://www-nature.ez8.periodicos.capes.gov.br/articles/s41598-019-38759-5 . Acesso em: 15 jul. 2019.

NGAMKHAM, S.; HOLD, J. E; SMITH, E. L. A Systematic Review: Mindfulness Intervention for Cancer-Related Pain. **Asia Pac J Oncol Nurs**, v. 6, n. 2, p. 161-169, 2019. Disponível em: http://www.apjon.org/temp/AsiaPacJOncolNurs64315-4243565_114715.pdf. Acesso em: 30 abr. 2019.

NIKENDEI, C. et al. Depression profile in cancer patients and patients without a chronic somatic disease. **Psycho-Oncology**, v. 27, n. 1, p. 83–90, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28603908. Acesso em: 15 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Depression and Other Common Mental Disorders**: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=D8C8CE1602C2CD3FDF586636D10ABA7F?sequence=1. Acesso em 17 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa-câncer.** Organização mundial de saúde, Brasília-DF, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php? option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839. Acesso em: 17 mai. 2018.

PAULA, J. M. et al. Sintomas de depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: um estudo prospectivo**. Rev Latino-Am. Enf**, v. 20, n. 2, p. 362-368, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200020&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 19 mar. 2019.

PAULA J. M.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Rev Rene**, v. 16, n. 1, p. 106-113, 2015. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324036185013. Acesso em: 02 mai. 2018.

PIMENTA, V. A. R., et al. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em idosos. **SIMPAC**, Viçosa-MG, v. 5, n. 1, p. 183-186, 2013. Disponível em: https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/105/267. Acesso em: 01 out. 2018.

POSLUSZNY, D. M. et al. Correlates of anxiety and depression symptoms among patients and their family caregivers prior to allogeneic hematopoietic cell transplant for hematological malignancies. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 2, p. 591-600, 2019. Disponível em: https://link-springer-com.ez8.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s00520-018-4346-3. Acesso em: 01 jul. 2019.

RAFIHI-FERREIRA, R. E.; PIRES, M. L. N.; SOARES, M. R. Z. Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres no pós-tratamento de câncer de mama. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 506-513, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300010. Acesso em: 22 nov. 2018.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, Austria, 2017. Disponível em: https://www.R-project.org/. Acesso em: 03 ago. 2019.

REZENDE, L. F. M. et al. Proportion of cancer cases and deaths attributable to lifestyle risk factors in Brazil. **Cancer Epidemiology**, v. 59, p. 148–157, 2019. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877782118305253. Acesso em: 26 set. 2019.

RODRIGUES, A. B. et al. Estresse em pacientes submetidos a tratamento antineoplásico**. J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n. 2, p. 4487-4500, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4692/pdf_1904. Acesso em: 21 ago. 2019.

RUSSELL, L. et al. A pilot randomised controlled trial of na online mindfulness-based program for people diagnosed with melanoma. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 7, p. 2735-2746, 2019. Disponível em: https://link-springer-com.ez8.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s00520-018-4574-6. Acesso em: 11 jul. 2019.

SANTOS, J. dos, MOTA, D. D. C. de F.; PIMENTA, C. A. de M. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. **Rev. Esc. Enf da USP**, v. 43, n. 4, p. 909-914, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2018.

SANTOS, C. A. dos et al. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 751-760, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300751&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 nov. 2018.

SAWADA, N. O. et al. Qualidade de vida de pacientes brasileiros e espanhóis com câncer em tratamento quimioterápico: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am Enf**, v. 24, n. 26, p. 1-12, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02688.pdf. Acesso em: 20 mai. 2018.

SHYU, I. L. et al. Risk factors for developing depression in women with cervical cancer: a nationwide population-based study in Taiwan. **Int J Womens Health**, v. 11, n. 1, p. 135–141, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30804687. Acesso em: 29 abr. 2019.

SIMÃO, D. A. da S. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. **Enferm Foco**, v. 8, n. 2, p. 82-86, 2017. Disponível em: http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/874. Acesso em: 10 mai. 2018.

SOUSA, H.; GUERRA, M.; LENCASTRE, L. Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. **Aná. Psicológica**, Lisboa v. 33, n. 1, p. 39-53, 2015.

Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312015000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2019.

SUBRAMANIAM, S. et al. Health-related quality of life and psychological distress among cancer survivors in a middle-income country. **Psycho-Oncology**, v. 27, n. 9, p. 2172–2179, 2018. Disponível em: https://onlinelibrary-wiley.ez8.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1002/pon.4787. Acesso em: 30 jul. 2019.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med**. v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: https://www sciencedirect.ez8.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/027795369500112K. Acesso em: 08 ago. 2019.

VAZ, D. C.; SILVA, C. R. L. da; SILVA, R. C. L. da. Acompanhamento presencial e telefônico dos sintomas em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia. **Rev. Enf. UERJ**, v. 24, n. 5, p. 1 – 7, 2016. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15577. Acesso em: 21 mar. 2019.

VILLAR, R. R. et al. Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento. **Rev. Latino-Am. Enf**, v. 25, p. 1- 13, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2958.pdf. Acesso: 31 out. 2018.

VOIB, P. et al. Mind-body medicine use by women diagnosed with breast cancer: results of a nationally representative survey. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 281, p. 1-6, 2019. Disponível em: https://link-springer-com.ez8.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s00520-019-04914-x. Acesso em 16 jul. 2019.

WHISENANT, M. et al. Symptom Trajectories Are Associated With Co-occurring Symptoms During Chemotherapy for Breast Cancer. **Journal of Pain and Symptom Management,** v. 57, v. 2, p. 183-189, 2019. Disponível em: https://www-sciencedirect.ez8.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0885392418310716. Acesso em: 30 abr. 2019.

WOCKEL, A. et al. Predictors of the course of quality of life during therapy in women with primary breast cancer. **Qual Life Res**, v. 26, n. 8, p. 2201–2208, 2017. Disponível em: https://link-springer-com.ez8.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s11136-017-1570-0. Acesso em: 31 jul. 2019.

ZEYNALOVA, N. et al. The association between an anxiety disorder and cancer in medical history. **Journal of Affective Disorders**, v. 246, n. 1, p. 640–642, 2019. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718313880. Acesso em 07 maio 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar de forma voluntária da pesquisa intitulada Ansiedade e depressão em pacientes oncológicos". Este estudo tem como objetivo: Avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder questionário sociodemográfico e clínico e escalas de depressão e ansiedade, e permitir que sejam coletadas informações se seus prontuários.

Todas as informações serão tratadas de forma anônima e confidencial, seu nome será substituído por nome fictício. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma a resguardar o sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas, mantido o anonimato e sigilo sobre você.

Declaro ainda que em qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

A pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes e o pesquisador se encontrará disponível caso ocorra algum contratempo, e auxiliará o participante no que for possível.

Esta pesquisa segue as orientações da resolução 466/12 referente à pesquisa em seres humanos e foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia (CEP/UNIR), que é um grupo de pessoas formado por diversos profissionais que seguem as regras da CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), para garantir que todas as informações foram fornecidas a você e que os possíveis riscos sejam reduzidos. Salienta-se que seus dados pessoais e outras informações que possam lhe identificar serão mantidos em sigilo e serão usados códigos para identificação na planilha de tabulação.

Este termo será entregue em duas vias onde consta o e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Contatos: Elis Monique de Vasconcelos Galvão, pelo telefone (69) 99218-0947 ou email: moniquegalvao7@gmail.com, ou com a entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIR, telefone (69) 2182-2111, no endereço: Campus José Ribeiro Filho, BR 364, KM 9,5, sentido Rio Branco CEP 76801-059, ou pelo e-mail: cepunir@yahoo.com.br.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Nome do participante: _____.

Assinatura: _____

Porto Velho, de de .

_____

Elis Monique de Vasconcelos Galvão

Pesquisadora responsável

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

I) Questionário Sociodemográfico e Clínico Nº

Nome: Data de nascimento:

Nível de Escolaridade:

1. ( ) Não alfabetizado
2. ( ) Ensino Fundamental
3. ( ) Ensino Médio
4. ( ) Ensino Superior

Gênero:

1. ( ) Masculino
2. ( ) Feminino

Com quem mora:
1. ( ) Mora Sozinho
2. ( ) Possui acompanhante

Naturalidade:

Cidade Residente:

Situação conjugal atual:

Profissão/ Ocupação: Filhos:

Renda Mensal: Está trabalhando atualmente:

1. ( ) Até 3 salários mínimos
2. ( ) Entre 3 e 5 salários mínimos
3. ( ) 6 ou mais salários mínimos

Tipo de Câncer: Estágio:

Tipo de Tratamento: Status de Tratamento:

Medicamentos utilizados no tratamento:

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA DE DEPRESSÃO ANSIEDADE E ESTRESSE

DASS-21

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma
1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxer	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motive	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MEEM

Nome:_____

Data de nascimento/idade:_____ Sexo:_____

Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) mais de 8 anos ( )

Avaliação em:_____/____/_____ Avaliador:_____.

Orientação Temporal Espacial

1. Qual é o (a) Dia da semana? 1
   Dia do mês?_____ 1
   Mês?_____ 1
   Ano?_____ 1
   Hora aproximada?__ 1
2. Onde estamos?
   Local?_____ 1
   Instituição (casa, rua)?__ 1
   Bairro?_____ 1
   Cidade?_____ 1
   Estado?_____ 1

Registros

1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você menciou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.

-Vaso, carro, tijolo

_____ 3

3. **Atenção e cálculo**

Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65).

Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.

_____ 5

4. **Lembranças (memória de evocação)**

Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão

2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.

_____ 3

Linguagem

5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta

_____ 2

6. Faça o paciente. Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá".

_____ 1

7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. "Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa".

_____ 3

8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS.

_____ 1

09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido).
(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)

_____ 1

10. Copie o desenho abaixo.
Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.

_____ 1

ANEXO C - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA

Escala de qualidade de vida European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

	Não	**Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
1.Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2.Você tem alguma dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
3.Você tem alguma dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4.Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5.Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:	**Não**	**Pouco**	**Moderadamente**	**Muito**
6.Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7.Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8.Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9.Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4

Durante a última semana:	**Não**	**Pouco**	**Moderada-**	**Muito mente**
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido(a)?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima Ótima

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: estudo epidemiológico
Pesquisador: Elis Monique de Vasconcelos Galvão
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 93822518.5.0000.5300
Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.361.997

Apresentação do Projeto:
Trata-se de emenda ao projeto aprovado em PORTO VELHO, 28 de Setembro de 2018: Ansiedade e depressão em pacientes oncológicos ; ELIS MONIQUE DE VASCONCELOS GALVÃO ; Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação, Mestrado Acadêmico em Psicologia (MAPSI) da Universidade Federal de Rondônia como requisito parcial para o exame de qualificação. Orientador: Prof. Dr. Paulo Renato Vitória Calheiros ; FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA NÚCLEO DE SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA.
Apresenta-se o desenho do estudo:
Universo da pesquisa: Um dos fatores que podem ser considerados como de risco na condução do tratamento de pacientes oncologicos são os estados de humor, dentre estes a ansiedade e a depressão. A pesquisa será realizada junto ao Instituto de Oncologia e Radioterapia São Pellegrino, localizado no município de Porto Velho – RO, na Estrada de Santo Antônio, nº 5843, Bairro Triângulo, 70297-400. População e amostra da pesquisa: No estado de Rondônia, estima-se que cerca de 8500 pessoas são cadastradas como tendo câncer, como a pesquisa será realizada em uma instituição de atendimento ao paciente com câncer, dentre outras existentes no Estado, usaremos o quantitativo aproximado de pacientes atendidos nesta instituição para calcular o tamanho da amostra. Nos foi repassado pela instituição que esta tem cadastrada no seu sistema, como pacientes ativos, 500

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 **Fax:** (69)2182-2110 **E-mail:** cep@unir.br

pessoas. O tamanho da amostra para a variável ansiedade é: n = 331 pessoas o seu tamanho corrigido para um total de 500 pessoas cadastradas no Instituto São Pellegrino é n ajus = 200 pessoas. O tamanho da amostra para a variável depressão é: n = 297 pessoas e o seu tamanho corrigido para um total de 500 pessoas cadastradas no Instituto São Pellegrino é n ajus = 183 pessoas. Portanto, com uma amostra de 200 pessoas é possível trabalhar com as duas variáveis. Se formos levar em conta 10% de possíveis perdas, ou dados perdidos, o tamanho da amostra fica igual a 220 pessoas. Os pacientes participantes devem ter recebido o diagnóstico de câncer e estar em tratamento e aceitarem a participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo excluídos pacientes analfabetos e aqueles com comprometimento cognitivo ou físico que os impeçam de compreender e responder as questões dos instrumentos de pesquisa.

Método: Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal para medir a manifestação de sintomas de depressão e ansiedade entre pacientes que realizam tratamento para o câncer. Tendo como instrumento questionário sociodemográfico e clínico e escala de ansiedade e depressão.

Análise dos dados: Os dados serão registados em uma planilha do Statistical Package for Social Science (SPSS) e processados de acordo com os objetivos desse estudo. Para análise qualitativa serão consideradas as principais variáveis do estudo, como sexo, idade, tipo de câncer, ansiedade e depressão e tempo de tratamento e serão apresentadas as suas porcentagens simples. Quando realizadas a análise bifatorial, para avaliação de relação entre variáveis, utilizar-se-á o teste estatístico qui-quadrado com gl=1 e nível de significância de 0,05.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa apresenta risco minimo, podendo mobilizar o participantes, o pesquisador responsável auxiliará o participante caso algo venha a ocorrer. Benefícios: Diante das possibilidades de resultados faz se relevante pesquisas com esta temática. Esta pesquisa em particular é importante pela necessidade de conhecimento da população que vem sendo atendida no hospital para tratamento do câncer que foi recentemente inaugurado na região norte do pais. Pensando na possibilidade e no papel da psicologia dentro deste contexto, pensou-se que este possa ser um primeiro passo para posteriormente propor-se intervenções voltadas as necessidades psicológicas do paciente oncológico atendidos nesta instituição. Considera-se importante avaliar as características emocionais do paciente com câncer e suas especificidades para que se

possa sugerir intervenções complementares que auxiliem na adesão e manutenção ao processo de tratamento, para então avaliar quais questões necessitam de atenção maior. Nessa perspectiva tem-se a intenção de verificar a presença de ansiedade e depressão nesses pacientes e as possíveis associações com aspectos sociodemográfico e clínico. Os resultados serão compartilhados com os pacientes, familiares e profissionais para que em conjunto possa-se pensar em possibilidades de tratamento para os participantes da pesquisa e posteriormente pensar-se na avaliação de aspectos psicológicos dos demais pacientes, pensando também em formas prevenir a ocorrência de estados de humor que dificultem o processo de tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estruturação do projeto em relação aos aspectos éticos:

(x) Permite análise adequada das questões éticas

( ) Não está devidamente instruído

( ) Requer maior esclarecimento sobre:

a)

b)

c)

Outras observações - (As informações elencadas aqui foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa e/ou do Projeto Detalhado):

Trata-se de emenda.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado

b. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica

c. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – presente e adequado no TCLE aponta o item.

d. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado

e. Folha de rosto – presente e adequado

f. Projeto de pesquisa completo e detalhado – presente e adequado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

Continuação do Parecer: 3.361.997

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendação de aprovação da emenda do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBSERVAÇÃO: Todos os projetos submetidos ao CEP/NUSAU/UNIR são avaliados com base na Resolução 466/12, Resolução 510/16 (quando pertinente) e nas Normas Operacionais emanadas da CONEP.

PROTOCOLO APROVADO

1.De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto. Esses relatórios devem conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011: conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.htm, bem como deve haver menção ao período a que se referem. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento.

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1365748_E1.pdf	27/05/2019 20:36:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPacientesSaoPellegrino.pdf	27/05/2019 20:29:54	Elis Monique de Vasconcelos Galvão	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto2.pdf	27/05/2019 20:27:14	Elis Monique de Vasconcelos Galvão	Aceito

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 **Fax:** (69)2182-2110 **E-mail:** cep@unir.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

Continuação do Parecer: 3.361.997

Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAceiteSaoPellegrino.pdf	27/05/2019 20:25:58	Elis Monique de Vasconcelos Galvão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ANSIEDADE_E_DEPRESSAO_EM_PACIENTES_ONCOLOGICOS_ESTUDO_EPIDEMIOLOGICO.pdf	27/05/2019 20:21:43	Elis Monique de Vasconcelos Galvão	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO VELHO, 31 de Maio de 2019

Assinado por:
Elen Petean Parmejiani
(Coordenador(a))

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 **Fax:** (69)2182-2110 **E-mail:** cep@unir.br