

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – MESTRADO EM  
ATENÇÃO À SAÚDE

PATRICIA AFONSO REGINO

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES  
COM CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO FRENTE AOS EFEITOS  
DA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

UBERABA (MG)

2013

PATRICIA AFONSO REGINO

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES  
COM CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO FRENTE AOS EFEITOS  
DA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde da Mulher.

**Orientadora:** Profa. Dra. Sueli Riul da Silva

UBERABA (MG)

2013

PATRICIA AFONSO REGINO

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES  
COM CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO FRENTE AOS EFEITOS  
DA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva.

Uberaba (MG), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Profa. Dra. Sueli Riul da Silva  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profa. Dra. Rosekeila Simões Nomelini  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profa. Dra. Maria Angélica Oliveira Mendonça  
Universidade Federal de Uberlândia

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus exemplos de vida, **Donizete** e **Rosimeire**, que sempre me estimularam a dar grandes passos. Com muita sabedoria, discernimento, bom senso e dedicação estiveram ao meu lado me encorajando nas horas difíceis e me aplaudindo nos momentos de glória. Obrigada por serem meus pais, fonte de inspiração, apoio e ensino diário.

## AGRADECIMENTOS

*“Como o não sabes ainda  
Agradecer é mistério.”*

**Fernando Pessoa**

Aos meus pais, **Donizete Aparecido Regino e Rosimeire Batista Afonso Regino**, por todo incentivo, compreensão e carinho durante esta trajetória, apoiando-me de todas as formas possíveis.

A meu irmão **Juliano Afonso Regino**, pelos momentos de distração e apoio incondicional.

À minha querida avó **Albina Pinho Maia Batista**, que apesar da distância, sempre torceu e me apoiou nas decisões tomadas.

À **Profa. Dra. Sueli Riul da Silva**, orientadora desta dissertação, por ter acreditado em meu potencial e investido na minha capacidade de superação diária. Por todo empenho, sabedoria, compreensão, amizade e, acima de tudo, exigência. Sempre será minha fonte de inspiração, exemplo de bom profissional a ser seguido.

Aos professores e colaboradores do PPGAS, pela oportunidade de crescimento, aprendizado, realização profissional e pessoal e pela confiança em mim depositada.

Ao **Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira e Prof. Dr. Vanderlei José Haas**, pela competência, sugestões, discussões e excelência na busca e avaliação dos resultados estatísticos.

À **Profa. Dra. Maria Angélica Oliveira Mendonça, Profa. Dra. Rosekeila Simões Nomelini, Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira e Profa. Dra. Jaqueline de Oliveira Santos** por aceitarem participar da Banca de Defesa desta Dissertação, proporcionando discussões e sugestões que servirão para o crescimento, aprendizado e incentivo à pesquisa.

A todos os colegas da V Turma do Mestrado em Atenção à Saúde do PPGAS, pelas sugestões, críticas, apoio, amizade demonstrada e aos vários momentos de muita descontração. Em especial às amigas, **Caroline Freitas Silveira**, pelo incentivo, companhia e bom humor que amenizaram momentos difíceis e divertiram momentos penosos; amizade verdadeira, para o resto da vida, e **Jordânia Lumênia Tavares**, pela paciência infundável nos ajustes finais, as inúmeras conversas

jogadas fora que me distraíram e finais de semana movimentados; pessoa iluminada.

Às enfermeiras coordenadoras do Hospital de Clínicas da UFTM, **Dirce Maria Lázara e Silvana Assis M. Pedrosa**, por sempre me incentivarem na busca pelo crescimento, sendo exemplos de competência, garra, determinação e disciplina.

À amiga **Thaís Cristina Elias**, mestranda do PPGAS, pelo auxílio na coleta de dados.

Às minhas parceiras de equipe do Hospital de Clínicas da UFTM, **Rosângela Aparecida S. Borges e Betânea Beatriz B. M. Dos Santos**, pela grande paciência e compreensão nos vários momentos de estresse e pelas lindas palavras de encorajamento.

Aos meus familiares que sempre me deram amor e força.

A todos os meus amigos que sempre estiveram presentes, mesmo que na distância, me aconselhando e incentivando com carinho e dedicação.

Às pacientes que participaram desta pesquisa, pois sem elas nenhuma destas páginas estaria completa.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pela oportunidade.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução desta Dissertação de Mestrado.

*“Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma  
Até quando o corpo pede um pouco mais de alma  
A vida não para*

*Enquanto o tempo acelera e pede pressa  
Eu me recuso faço hora vou na valsa  
A vida é tão rara*

*Enquanto todo mundo espera a cura do mal  
E a loucura finge que tudo isso é normal  
Eu finjo ter paciência*

*E o mundo vai girando cada vez mais veloz  
A gente espera do mundo e o mundo espera de nós  
Um pouco mais de paciência*

*Será que é tempo que lhe falta pra perceber  
Será que temos esse tempo pra perder  
E quem quer saber  
A vida é tão rara.”*

***Paciência - Lenine***

## RESUMO

REGINO, P. A. **Ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e ginecológico frente aos efeitos da quimioterapia antineoplásica.** 2013. 99 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

**Introdução:** a avaliação da qualidade de vida (QV) em pacientes com câncer desperta interesse dos pesquisadores devido ao seu impacto nas políticas de saúde. Com novas drogas e seu uso combinado com outros recursos terapêuticos, a quimioterapia é um tratamento sistêmico do doente oncológico, ocasionando os efeitos colaterais, temidos no tratamento. Ansiedade e depressão são consequências que alguns pacientes experimentam, desde o diagnóstico, continuando durante e após o tratamento, aumentando a gravidade dos efeitos da quimioterapia e afetando a adesão ao tratamento. A detecção precoce de morbidades psiquiátricas ajuda no manejo do tratamento com impacto na melhoria da QV. **Objetivo:** verificar a ansiedade, depressão e QV de pacientes com câncer de mama e ginecológico, em tratamento quimioterápico. **Metodologia:** estudo quantitativo, descritivo e longitudinal, desenvolvido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Utilizaram-se três instrumentos: o primeiro contendo questões relativas aos dados sociodemográficos e clínicos e para a avaliação da QV foi aplicada a versão abreviada em português do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-bref e, em seguida, para avaliação dos transtornos de ansiedade e depressão, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Para a análise dos escores das médias dos domínios e dos escores de ansiedade e depressão, utilizou-se o teste t-Student pareado e, para realizar a correlação entre os escores de ansiedade e depressão e os domínios de qualidade de vida, utilizou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson. **Resultados:** participaram do estudo 16 mulheres, a maioria tinha entre 41 e 60 anos (56,3%); com companheiro fixo, católicas, com renda mensal individual de até um salário-mínimo. Houve prevalência da mesma quantidade de mulheres com baixa escolaridade (um a quatro anos de estudo) e com nível de escolaridade satisfatório (nove a onze anos). Em relação aos aspectos clínicos, a maioria das mulheres apresentou câncer de mama ou do colo do útero; haviam realizado algum tipo de cirurgia, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico; algumas haviam feito radioterapia, e 62% delas utilizaram derivados

platínicos como protocolo quimioterápico. Todas as pacientes apresentaram fraqueza/cansaço após administração de quimioterapia, e a grande maioria apresentou também vômitos e alopecia. Quanto à QV, as menores médias observadas, tanto no início do tratamento quanto no terceiro ciclo, foram do domínio físico, 51,78 e 50,25, respectivamente. Houve comprometimento dos domínios psicológico e ambiental, porém os dados analisados não foram estatisticamente significantes. Os níveis de ansiedade, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico, estavam aumentados, apresentando uma diminuição nos escores de ansiedade, após o terceiro ciclo de quimioterapia. Não apresentaram sintomas de depressão, antes e após o tratamento quimioterápico. Observaram-se redução da QV em relação aos domínios psicológico e ambiental, quando avaliados antes do início do tratamento quimioterápico, e diminuição da QV relacionada aos domínios físico, psicológico e ambiental, quando avaliados após o terceiro ciclo de quimioterapia. Somente o domínio social da QV não sofreu influência significativa dos sintomas de ansiedade e depressão, nos dois momentos analisados. **Conclusão:** transtornos de origem psicológica, como a ansiedade e a depressão, estão associados à diminuição da QV de mulheres com câncer que se submetem ao tratamento quimioterápico.

**Palavras-chave:** Neoplasias. Pacientes. Quimioterapia. Depressão. Ansiedade. Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

REGINO, P. A. **Anxiety, depression and quality of life of patients with breast and gynecological cancer in face of the effects of antineoplastic chemotherapy.** 2013. 99 f. Dissertation (Master's degree on Health Care) – Federal University of the Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

**Introduction:** The evaluation of the quality of life (QoL) in patients with cancer arouses interest among researchers due to its impact on health policies. With new drugs and their use in combination with other therapies, chemotherapy is a systemic treatment of cancer patients which causes dreaded side effects. Anxiety and depression are consequences that some patients experience since the diagnosis, during and after treatment, increasing the severity of the effects of chemotherapy, and affecting the adherence to treatment. The early detection of psychiatric morbidity helps managing the treatment, impacting on the improvement of the QoL. **Objective:** verifying anxiety, depression and QoL of patients with breast and gynecologic cancer undergoing chemotherapy. **Methodology:** this is a quantitative, descriptive, longitudinal study conducted at the Hospital de Clínicas, at Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Three instruments have been used: the first containing questions concerning sociodemographic and clinical data and to assess the QoL, an abbreviated Portuguese version of the instrument Assessment of Quality of Life of the World Health Organization was applied, the *WHOQOL-bref*, finally, to assess anxiety and depression, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). For the analysis of the mean scores of each domain and of the anxiety and depression scores we used a paired Student's t-distribution, and to make the correlation between the scores of anxiety and depression and the domains of quality of life, we used Pearson's linear correlation coefficient. **Results:** 16 women participated in the study, most had between 41 and 60 years (56.3%), had a stable partner, were Catholic, and had an individual income of up to the minimum wage. The prevalence was the same in women with low education (one to four years of study) and in those with a satisfactory level of schooling (nine to eleven years). Regarding clinical aspects, most women had already had breast or cervical cancer, and had undergone some type of surgery before starting chemotherapy. Some had undergone radiotherapy and 62% of them used platinum derivatives as a chemotherapy protocol. All patients presented with weakness/fatigue after chemotherapy administration, and the vast majority also presented with vomiting and alopecia. As for QoL, the lowest average observed both

at the beginning of the treatment and in its third cycle was in the physical domain, 51.78 and 50.25, respectively. The environmental and psychological domains were impaired, but the analyzed data was not statistically significant. The anxiety levels before starting chemotherapy were increased, and a decrease in anxiety scores was shown after the third cycle of chemotherapy. Depression symptoms were not shown before or after chemotherapy. There was a perceived reduction in the QoL in relation to psychological and environmental domains in the assessment made before the start of chemotherapy, and also a reduction in the QoL regarding the physical, psychological and environmental domains when those were assessed after the third cycle of chemotherapy. Only the social domain of the QoL was not significantly affected by the symptoms of anxiety and depression in either of the periods assessed. **Conclusion:** Disorders of psychological origin, such as anxiety and depression, are associated with decreased QoL in women with cancer undergoing chemotherapy.

**Keywords:** Neoplasms. Patients. Drug therapy. Depression. Anxiety. Quality of Life.

## RESUMEN

REGINO, P. A. **Ansiedad, depresión y calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama y ginecológico ante los efectos de la quimioterapia antineoplásica.** 2013. 99 f. Disertación (Maestría em Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

**Introducción:** La evaluación de la calidad de vida (CV) en pacientes con cáncer despierta el interés de los investigadores debido a su impacto en las políticas de salud. Con los nuevos medicamentos y su uso en combinación con otros recursos terapéuticos, la quimioterapia es un tratamiento sistémico de pacientes con cáncer que causa efectos secundarios temidos en el tratamiento. La ansiedad y la depresión son consecuencias que algunos pacientes experimentan desde el diagnóstico, continuando durante y hasta después del tratamiento, lo que aumenta la gravedad de los efectos de la quimioterapia, afectando la adherencia al tratamiento. La detección precoz de morbilidades psiquiátricas ayuda en la gestión del tratamiento, impactando en la mejora de la calidad de vida. **Objetivo:** verificar la ansiedad, la depresión y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama y ginecológico sometidos al tratamiento quimioterápico. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal, realizado en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro. Fueron utilizados tres instrumentos: el primer contenía preguntas referentes a datos sociodemográficos y clínicos, y para evaluar la CdV, se aplicó una versión en portugués abreviada del instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, el *WHOQOL-bref*; a continuación, para evaluar la ansiedad y la depresión, fue aplicada la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Para el análisis de las puntuaciones medias de los dominios y las puntuaciones de ansiedad y depresión, se utilizó la distribución t de Student pareada, y para hacer la correlación entre las puntuaciones de ansiedad y depresión y los dominios de calidad de vida, se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson. **Resultados:** 16 mujeres participaron en el estudio, la mayoría tenía entre 41 y 60 años (56,3%), tenía compañero fijo, era Católica, y tenía ingreso individual de hasta un salario mínimo. La prevalencia fue la misma entre las mujeres con bajo nivel educativo (uno a cuatro años de estudio) y las con nivel de escolaridad satisfactorio (nueve a once años). En cuanto a los aspectos clínicos, la mayoría de las mujeres tenían cáncer de mama o de cuello uterino, y se habían sometido a algún tipo de cirugía antes de empezar la

quimioterapia. Algunas habían recibido radioterapia y el 62% de ellas utilizó derivados del platino como protocolo de quimioterapia. Todos los pacientes demostraban debilidad/fatiga después de la administración de la quimioterapia y la gran mayoría también se presentó con vómitos y alopecia. En cuanto a la calidad de vida, el promedio más bajo observado tanto en el inicio del tratamiento como en el tercer ciclo fue en el dominio físico, 51.78 y 50.25, respectivamente. Hubo deterioro de los dominios psicológicos y ambientales, pero los datos analizados no fueron estadísticamente significativos. Se aumentaron los niveles de ansiedad antes del principio de la quimioterapia, con una disminución en las puntuaciones de ansiedad después del tercer ciclo de quimioterapia. No presentaron con síntomas de depresión antes ni después de la quimioterapia. Fue observada una reducción de la calidad de vida en relación con los dominios psicológicos y ambientales cuando de su evaluación antes del inicio de la quimioterapia, y una reducción en la CdV relacionada con los dominios físico, psicológico y medioambiental cuando de la evaluación llevada a cabo después del tercer ciclo de quimioterapia. Sólo el dominio social de la CdV no se vio afectado por los síntomas de ansiedad y depresión en ninguno de los dos períodos analizados. **Conclusión:** Los trastornos de origen psicológico, como la ansiedad y la depresión, se asocian con una disminución de la calidad de vida en mujeres con cáncer sometidas a la quimioterapia.

**Palabras-clave:** Neoplasias. Pacientes. Quimioterapia. Depresión. Ansiedad. Calidad de Vida.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Caracterização sociodemográfica das mulheres com câncer de mama e ginecológico submetidas ao tratamento quimioterápico.....	46
<b>Tabela 2</b>	Distribuição das mulheres com câncer de mama e ginecológico submetidas ao tratamento quimioterápico.....	48
<b>Tabela 3</b>	Distribuição dos efeitos colaterais apresentados pelas mulheres com câncer de mama e ginecológico antes e após o tratamento quimioterápico.....	51
<b>Tabela 4</b>	Avaliação da qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e ginecológico, conforme domínios do WHOQOL- <i>bref</i> nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia.....	55
<b>Tabela 5</b>	Análise dos escores de ansiedade das mulheres com câncer de mama e ginecológico, conforme o instrumento HADS nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia.....	64
<b>Tabela 6</b>	Análise dos escores de depressão das mulheres com câncer de mama e ginecológico, conforme o instrumento HADS nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia.....	65
<b>Tabela 7</b>	Presença de ansiedade nas mulheres com câncer de mama e ginecológico, conforme o instrumento HADS nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia.....	67
<b>Tabela 8</b>	Presença de depressão nas mulheres com câncer de mama e ginecológico, conforme o instrumento HADS nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia.....	68
<b>Tabela 9</b>	Correlação de <i>Pearson</i> entre os escores de ansiedade e depressão e os domínios de qualidade de vida nas mulheres com câncer de mama e ginecológico nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia.....	70

## LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CQ	Central de Quimioterapia
CTC	<i>Common Toxicity Criterias</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HC	Hospital de Clínicas
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
QT	Quimioterapia
QV	Qualidade de Vida
RS	Rio Grande do Sul
SMP	Síndrome Mão-Pé
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statiscal Package for Social Sciences</i>
TO	Tocantins
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of the Life</i>
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of the Life – versão abreviada</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1. CÂNCER DE MAMA E CÂNCER GINECOLÓGICO.....	18
1.1.1. <i>Câncer de mama</i> .....	18
1.1.2. <i>Câncer do colo do útero</i> .....	19
1.1.3. <i>Câncer de ovário</i> .....	21
1.1.4. <i>Câncer de endométrio</i> .....	21
1.1.5. <i>Câncer de vulva</i> .....	22
1.1.6. <i>Câncer de vagina</i> .....	22
1.2. TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO.....	23
1.3. EFEITOS COLATERAIS DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.....	25
1.4. ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	30
1.5. QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE.....	32
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	35
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	36
3.1. OBJETIVO GERAL.....	36
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	37
4.1. DESENHO DO ESTUDO.....	37
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	37
4.3. POPULAÇÃO-ALVO.....	37
4.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	38
4.5. SUJEITOS DO ESTUDO.....	38
4.6. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	38
4.7. VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	40

4.7.1. Sociodemográficas e clínicas.....	40
4.7.2. Qualidade de vida.....	41
4.7.3. Ansiedade e depressão.....	41
4.8. COLETA DE DADOS.....	41
4.9. ASPECTOS ÉTICOS.....	42
4.10. CONTROLE DE QUALIDADE.....	42
4.10.1. Estudo-piloto.....	43
4.11. PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	43
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>45</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE A</b> (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).....	<b>89</b>
<b>APÊNDICE B</b> (Termo de Consentimento Livre, após Esclarecimento).....	<b>90</b>
<b>APÊNDICE C</b> (Instrumento sociodemográfico e clínico).....	<b>91</b>
<b>ANEXO 1</b> (Instrumento WHOQOL – <i>brief</i> ).....	<b>92</b>
<b>ANEXO 2</b> (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS).....	<b>98</b>
<b>ANEXO 3</b> (Declaração de Aprovação no Comitê de Ética UFTM).....	<b>99</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade de vida (QV) em pacientes com câncer vem despertando o interesse dos pesquisadores recentemente. Sob a influência da mudança de paradigma sanitário da produção social da saúde, centrada na complexa multifatorialidade do processo saúde-doença, busca-se cada vez mais o seu desvendamento na perspectiva de atuar no curso da história natural das doenças e agravos à saúde (SEIDL; ZANNON, 2004; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Tendo em vista o exposto, observamos um controle maior dos sintomas e o adiamento do curso natural da doença, assim como uma abordagem terapêutica voltada, principalmente, para prolongar a sobrevida associada à melhora da qualidade de vida (BERTAN; CASTRO, 2009). Neste contexto de atenção à saúde, passa a ser de grande relevância a avaliação tanto da sobrevida quanto da qualidade de vida dessas pessoas com câncer.

A urbanização, a industrialização e a maior expectativa de vida da população são os principais fatores que contribuem para o aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer. É importante ressaltar o papel dessa doença como um problema de saúde pública e também o seu impacto social e econômico (BRASIL, 2008). Entendemos que o objetivo do tratamento das doenças crônicas não é a cura, mas a redução do impacto da doença na vida do paciente.

Neoplasia significa “crescimento novo” e descreve uma massa tecidual anormal que ultrapassa os limites do tecido e modifica a funcionalidade das células daquele tecido afetado. Caracteriza-se por um funcionamento descontrolado, divisão e crescimento não regulados e motilidade anormal. Os crescimentos neoplásicos são denominados de neoplasias benignas ou malignas. Câncer é o termo comum para todas as neoplasias malignas (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Segundo o exposto pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), as estimativas para o ano de 2012, válidas também para 2013 no Brasil, apontam 518.510 novos casos de câncer, sendo esperados 257.870 novos casos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino (BRASIL, 2011a).

## 1.1 CÂNCER DE MAMA E CÂNCER GINECOLÓGICO

O câncer de mama provavelmente é o tipo de câncer mais temido pelas mulheres, devido ao seu impacto social e psicológico ser de grande importância no dia a dia, influenciando a convivência com familiares, com a sociedade e consigo mesma, envolvendo sentimentos negativos relativos a sua percepção da sexualidade e à própria imagem corporal (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O câncer ginecológico consiste em um grupo heterogêneo de neoplasias, com origem nos diversos órgãos do aparelho reprodutor feminino, sendo eles: do colo do útero, de ovário, de endométrio, de vulva e vaginal (BASTOS, 2006).

### *1.1.1 Câncer de mama*

Na população feminina, o câncer mais comum é o de mama, representando cerca de 23% de todas as neoplasias diagnosticadas, atingindo mais de 1,1 milhão de mulheres a cada ano, no mundo. Estima-se que anualmente, 411.000 mortes ocorrem devido ao câncer de mama, o que representa mais de 1,6% de todos os óbitos entre as mulheres (WHO, 2009). No Brasil, para o ano de 2012, estimou-se 53 mil (20,6%) novos casos de câncer de mama na população feminina (BRASIL, 2011a).

Como fator de risco para o câncer de mama, a idade se constitui no principal fator, contudo, outros fatores são estabelecidos, como os relacionados à vida reprodutiva da mulher – menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal – alta densidade do tecido mamário e antecedentes familiares com história de câncer de mama, além de exposição à radiação, à obesidade, à ingestão regular de álcool e ao sedentarismo (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013).

No Brasil, as estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) para a prevenção, o controle e detecção precoce do câncer de mama são o diagnóstico precoce, que consiste em encontrar precocemente pessoas que já apresentam sintomas ou alterações no exame físico e o rastreamento que consiste em realizar testes ou exames em pessoas saudáveis periodicamente (o exame clínico das mamas e a mamografia):

- ✓ diagnóstico precoce, utiliza como estratégia fundamental a educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama. Importante estimular a mulher a realizar autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável, sem qualquer recomendação técnica específica, valorizando a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É especialmente importante na realização do estadiamento em fase inicial da doença, possibilitando, assim, o uso de terapias mais efetivas e menos agressivas;
- ✓ o exame clínico anual das mamas realizado por profissional da saúde treinado contribui para o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade por câncer de mama. É realizado no momento do exame ginecológico;
- ✓ mamografia é o exame mais utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis. Trata-se de um método de imagem que contribui para o diagnóstico de 30 a 80% dos casos de câncer. Preconiza-se a realização nas mulheres acima de 40 anos. Não é recomendado realizar o exame em mulheres jovens (abaixo de 35 anos) devido à alta densidade mamária, salvo em indicações específicas. A partir dos 35 anos, mulheres com alto risco para o câncer (história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*) devem realizar anualmente o exame clínico das mamas associado com a mamografia (BRASIL, 2004; MOHALLEM; RODRIGUES, 2007; BRASIL, 2013).

Apesar de ser considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado a tempo em sua fase inicial, as taxas de mortalidade continuam elevadas no Brasil. Isso se deve provavelmente ao fato de a doença ainda ser diagnosticada em estádios avançados (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011a).

### 1.1.2 Câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. É o terceiro tipo de câncer que mais acomete a população feminina com estimativa de 529 mil novos casos no mundo. Sua incidência é cerca de duas vezes

maior em países menos desenvolvidos, quando comparada aos países mais desenvolvidos, sendo responsável por 275 mil óbitos de mulheres por ano e mais de 85% desses óbitos ocorrem em países em desenvolvimento (WHO, 2009). No Brasil, para o ano de 2012, estimou-se 18 mil (7%) novos casos de câncer do colo do útero na população feminina (BRASIL, 2011a).

O principal fator de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Estudos de Zur Hausen, em 1977, sugeriram essa associação que foi comprovada ao longo da década de 1980 com o isolamento do vírus em células de tumores cervicais (HAUSEN, 2002). Walboomers e colaboradores (1999) realizaram um estudo amplo, abrangendo 22 países, que demonstrou a prevalência da infecção pelo HPV nos carcinomas cervicais uterinos de 99,7%, portanto é determinante a infecção pelo HPV como causa necessária para o desenvolvimento de câncer do colo uterino (IARC, 2007). Além de aspectos relacionados à infecção pelo HPV, outros fatores estão relacionados como a imunidade, a idade, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Como principal estratégia utilizada em programas de rastreamento para o controle do câncer do colo do útero utilizado pelo Ministério da Saúde, encontra-se a realização periódica do exame citopatológico (teste de Papanicolau) entre mulheres de 25 a 64 anos, uma vez por ano e, após dois anos consecutivos negativos, a cada três anos. Dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (IBGE, 2010) revelam que o número de mulheres que realizaram o exame citopatológico pelo menos uma vez na vida aumentou de 82,6% em 2003 para 87,1% em 2008. A vacina contra o HPV é uma nova ferramenta de combate a esse câncer, porém é uma prática distante da realidade dos países em desenvolvimento devido ao seu alto custo e à falta de conhecimento necessário sobre a vacinação, relacionados à adesão ao esquema vacinal, à duração da eficácia, à eventual necessidade de dose de reforço e à proteção cruzada para outros tipos virais, além do fato de envolver questões comportamentais que devem ser discutidas. Faz-se necessário, portanto, garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos programas de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013).

### *1.1.3 Câncer de ovário*

Para o ano de 2012, no Brasil, estimou-se que o câncer de ovário apresentou 6.190 (2,4%) novos casos, sendo considerado o sétimo mais incidente (BRASIL, 2011a). As estimativas mundiais apontam 225 mil novos casos, observando altas taxas de incidência na região norte da Europa e na América do Norte (WHO, 2009).

O câncer de ovário é de difícil diagnóstico e apresenta como importante fator de risco o histórico familiar de câncer de mama ou de ovário, entretanto, fatores como o tabagismo e a obesidade, também, são observados. A presença de endometriose é outro fator correlacionado, pois além da parte hormonal, essa doença causa um estado crônico de inflamação, o que também pode contribuir para o desenvolvimento da neoplasia (BRASIL, 2011a).

O rastreamento do câncer de ovário não é suficientemente efetivo para o controle e diagnóstico do câncer, visto a prevenção desse tipo de neoplasia ser limitada devido ao pouco conhecimento de suas causas e à falta de técnicas diagnósticas precoces. O diagnóstico é feito de forma ocasional ou quando a paciente apresenta sintomas que indicam uma doença mais avançada. Recomenda-se exame ginecológico anual e palpação abdominal a partir dos 40 anos de idade; a ecografia pélvica transvaginal complementa esses exames, embora não possam ser consideradas formas de rastreamento (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007; BRASIL, 2011a).

### *1.1.4 Câncer de endométrio*

O câncer de endométrio é o sétimo mais comum entre as mulheres no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), e o quarto em países desenvolvidos. Representa cerca de 3,9% dos casos novos de câncer em mulheres, com aproximadamente 290 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de 74 mil mulheres/ano. Sua maior incidência é na América do Norte e Europa Ocidental, observando-se grandes diferenças na incidência entre as populações de áreas urbanas e rurais. Mais de 90% dos casos são em mulheres na pós-menopausa – acima dos 50 anos – atingindo o seu pico aos 65 anos (WHO, 2009).

As mulheres que já tiveram câncer de mama estrogênio-dependente possuem um risco aumentado para desenvolver o câncer de endométrio, por apresentar fatores de risco em comum como menarca precoce, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, obesidade e sedentarismo. A atividade física regular, hábitos alimentares saudáveis e uso de contraceptivos orais são fatores que estão associados à diminuição do risco do câncer de endométrio (WHO, 2009; BRASIL, 2011a).

Nenhuma medida de rastreamento é válida ou eficaz para detectar o câncer de endométrio previamente, portanto, as mulheres devem estar atentas e ser conscientes da importância da observação de sangramentos na pós-menopausa (WHO, 2009).

#### *1.1.5 Câncer de vulva*

O câncer de vulva é um tumor raro, aproximadamente 5% das neoplasias ginecológicas. Geralmente surge em mulheres acima de 65 anos e não apresenta uma etiologia clara, havendo uma associação com prurido crônico e o surgimento em mulheres com história pregressa de distrofia vulvar. Os locais mais frequentes são os grandes lábios, pequenos lábios e clitóris, podendo localizar-se também na glândula de *Bartholin*. O prurido é a queixa mais comum, mas pode-se observar a presença de tumoração, dor, sangramento, infecção secundária com odor fétido, disúria e leucorreia (BASTOS, 2006; MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O exame ginecológico é de fundamental importância para a detecção precoce do câncer de vulva, assim, o aparecimento dos sinais e os sintomas serão sempre acompanhados por um profissional conhecedor do assunto.

#### *1.1.6 Câncer de vagina*

O câncer ou carcinoma primário da vagina é originado em qualquer ponto das paredes vaginais. É uma das formas mais raras de tumores genitais femininos, sua frequência é inferior a 2%, e sua incidência geralmente é entre as mulheres de 55 a 65 anos. Observam-se sinais e sintomas como sangramento anormal perimenopausa, pós-menopausa ou pós-coito, disparemia, leucorreia com dor e,

em casos avançados, alterações no padrão de micção e dor pélvica (BASTOS, 2006; MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

É importante ressaltar que mesmo as mulheres que realizaram cirurgia de histerectomia (retirada cirúrgica do útero) devem realizar exames ginecológicos periódicos, a fim de evitar o câncer vaginal.

## 1.2 TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO

Devido ao papel que assume dentre as comorbidades com maior impacto nas políticas de saúde, o tratamento do câncer tem experimentado grandes avanços nas últimas décadas, tanto pela descoberta de novas drogas como pelo uso combinado dos diferentes recursos terapêuticos disponíveis. Devemos considerar a condição clínica e psicológica do paciente, assim como os efeitos desse tratamento em sua vida pessoal e profissional. Hoje, a cirurgia, radioterapia e quimioterapia correspondem às principais alternativas de tratamento do câncer, entretanto a hormonioterapia, imunoterapia e a bioterapia vêm desempenhando um papel cada dia mais importante em seu controle (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

A quimioterapia é uma modalidade de tratamento sistêmico do doente oncológico. Consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de destruir células malignas em seu processo de crescimento e divisão celular, fornecendo ao paciente a cura ou o controle da doença e melhorando sua qualidade de vida (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

Considerando a extensão da doença, o estado geral do paciente e o tipo de tumor envolvido, podemos classificar o tratamento quimioterápico em curativo, quando é utilizado para erradicar a neoplasia; paliativo, utilizado para minimizar os sintomas decorrentes da proliferação tumoral e melhorar a qualidade de vida do paciente; potencializador, utilizado simultaneamente à radioterapia, aumentando a ação da radiação; adjuvante, administrado posteriormente ao tratamento principal, cirúrgico ou radioterápico, destruindo células residuais indetectáveis, porém existentes e; neoadjuvante, realizado antes do procedimento terapêutico principal, com o objetivo de reduzir o volume tumoral e eliminar metástases não detectáveis (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

As drogas antineoplásicas podem ser classificadas de acordo com a fase do ciclo em que atuam, o mecanismo de ação e a estrutura química e função em nível celular (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012). Os agentes de ação específica atingem as células que se encontram na mesma fase de divisão celular, já os não específicos atingem todas as células, independente da fase do ciclo de divisão em que se encontram (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Conforme a estrutura química e função celular, podemos classificá-las em:

- ✓ agentes alquilantes: são drogas antitumorais não específicas que atuam em todas as fases do ciclo celular. É o grupo mais utilizado;
- ✓ agentes antimetabólicos: são drogas ciclo-celular específicas, agem na fase de síntese. É um grupo de grande versatilidade terapêutica;
- ✓ plantas alcaloides: são drogas ciclo-celular específicas, agem na fase de mitose. São substâncias extraídas das plantas: *Vinca rosea*, *Taxus*, *Pondfilum peetatum*, *Camptoheca acuminata*;
- ✓ agentes múltiplos: são drogas antineoplásicas com mecanismos de ação variados, alguns desconhecidos, pouco compreendidos;
- ✓ antibióticos antitumorais: são produtos da fermentação de fungos com atividade antimicrobiana e propriedades citotóxicas. São drogas ciclo-celular específicas;
- ✓ agentes hormonais: podem ser antiandrogênicos (alteram a função da glândula hipófise), corticoides (possuem citotoxicidade quando utilizados em determinadas doenças), antiestrogênicos (agem impedindo o crescimento de células tumorais estrógeno-dependentes), progesterona (bloqueiam o eixo hipotálamo-hipófise, promovendo a queda de outros hormônios), inibidores aromatase (seu uso bloqueia a produção de hormônios esteroidais) (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007; BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

A utilização de mais de uma droga antineoplásica em combinação é chamada de poliquimioterapia. As células tumorais são capazes de sofrer mutações, levando a uma resistência aos quimioterápicos, no entanto, a ação das drogas é variável. Devido a isso, o tumor que adquirir resistência a certa droga poderá ser sensível a outra. Essa associação entre as drogas apresenta resultados no aumento da morte das células tumorais e na sobrevivência dos pacientes. A toxicidade e o mecanismo de ação são diferentes, possibilitando, assim, melhores resultados no tratamento (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

As drogas antineoplásicas, quando utilizadas em combinação, exercem um efeito denominado sinérgico, quando uma droga potencializa o efeito terapêutico de outra droga, e efeito aditivo que corresponde ao somatório dos benefícios obtidos com o emprego das drogas, com isso, utilizam-se menores doses em repetidas aplicações no tratamento. As drogas de escolha para o tratamento são pertencentes a grupos diferentes, com mecanismos variados de ação (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007; BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

O tratamento quimioterápico está contraindicado no caso de pacientes terminais, comatosos, em pacientes com infecção e em grávidas do primeiro trimestre (BRASIL, 2008).

### 1.3 EFEITOS COLATERAIS DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

A maioria das drogas quimioterápicas não possui especificidade, elas não destroem exclusivamente as células malignas, sendo também tóxicas para os tecidos sãos. Sua toxicidade, efeito colateral ou evento adverso estão diretamente relacionados ao seu mecanismo de ação, tornando-se indesejáveis e temidos pelos pacientes que necessitam submeter-se a esse tipo de tratamento (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012). O tipo de efeito colateral e sua duração variam de acordo com a droga antineoplásica aplicada e a reação do organismo (BONASSA; GATO, 2012).

Em 1993, foi criado o *Common Toxicity Criteria* (CTC) pelo *National Cancer Institute*, com o objetivo de padronizar, reconhecer e classificar os eventos adversos do tratamento quimioterápico. O CTC é utilizado para coletar dados sobre o tratamento dos eventos adversos, facilitando assim o surgimento de novas drogas para o tratamento quimioterápico com diminuição dos eventos adversos ligados a eles (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 1999).

A toxicidade hematológica é um dos efeitos colaterais mais importantes, pois as drogas antineoplásicas afetam as células de rápida divisão celular, ocasionando diferentes graus de mielodepressão ou mielotoxicidade. A leucopenia é a forma mais séria de alteração sanguínea, consiste na diminuição do número de leucócitos, especialmente os neutrófilos, provocando a neutropenia, levando a uma redução na imunidade celular e humoral do paciente, com aumento da sua suscetibilidade a infecções graves (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

Gozzo e colaboradores (2011) selecionaram 72 prontuários de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e que se submeteram a tratamento quimioterápico para analisar a ocorrência de neutropenia induzida pelas drogas antineoplásicas. Os pesquisadores observaram que 31 mulheres (43%) apresentaram, pelo menos, um episódio de neutropenia, durante o tratamento, e que ocorreram 15 internações hospitalares por esse efeito adverso da quimioterapia.

Em um estudo amplo, realizado com 3.220 pacientes com câncer, foram verificadas a ocorrência de neutropenia grave em 24% dos pacientes e a ocorrência de eventos neutropênicos como febre, infecção, necessidade de redução da dose do quimioterápico e até mesmo o atraso do tratamento em 41%. A grande maioria das complicações neutropênicas (63%) e os casos de neutropenia grave (64%) foram identificados logo no início do tratamento quimioterápico, após o primeiro ciclo das drogas (WOLFF et al., 2005).

A trombocitopenia é a diminuição do número de plaquetas, elevando o risco para sangramentos e hemorragias. A anemia consiste na diminuição da concentração de hemoglobina e eritrócitos circulantes no sangue, necessários para a oxigenação dos tecidos (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

A toxicidade gastrointestinal manifesta-se por náuseas e vômitos, mucosite, anorexia, diarreia e constipação intestinal, podendo variar de intensidade entre leve, moderada e severa. As náuseas e os vômitos são os efeitos mais comuns e estressantes, quando intensos podem afetar as condições nutricionais e o equilíbrio hidroeletrólítico do paciente. A mucosite consiste na resposta inflamatória das mucosas oral e gastrintestinal manifestando-se por hiperemia, dor, edema, ulceração e sialorreia, podendo evoluir para hemorragias e infecções secundárias (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

No estudo de Hespanhol e colaboradores (2010), realizado em um Hospital de Oncologia de Juiz de Fora (MG), foram coletados dados de 97 prontuários de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. Verificou-se uma prevalência de mucosite em 15% dos casos, entre outros efeitos adversos como candidíase oral, xerostomia e lesão aftosa, porém, os autores sugeriram que o percentual encontrado nesse estudo poderia aumentar, caso a equipe médica do hospital pesquisado anotasse com maior rigor os dados nos prontuários.

A anorexia é a perda do apetite provocada por algumas drogas, manifestadas por sensação de plenitude gástrica, alterações no paladar, percepção aumentada ou

diminuída para doces, ácidos, salgados e amargos. O paciente em tratamento quimioterápico pode perder o apetite totalmente, quando perde a percepção do sabor dos alimentos (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

Duval e colaboradores (2010) avaliaram 108 pacientes oncológicos internados num Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar, no período de fevereiro de 2006 a fevereiro de 2008, para descrever a ocorrência de caquexia entre eles. Dos 65 pacientes caquéticos estudados (60%), 38,5% foram submetidos à quimioterapia antineoplásica, e os sintomas mais relatados em relação à doença e ao tratamento foram a anorexia (100%), xerostomia e saciedade precoce (ambos 84,6%) e dor (66,2%), sendo que esses efeitos colaterais do tratamento foram o motivo da internação.

O quimioterápico provoca a descamação das células da mucosa intestinal, levando à irritação, inflamação e alterações funcionais como liberação anormal ou frequente de fezes amolecidas ou líquidas pelo intestino, podendo estar ou não acompanhada de cólicas abdominais, definidas como diarreia. A constipação intestinal é a dificuldade ou a permanência de longos períodos sem evacuar, ocorre devido à diminuição da motilidade intestinal e, frequentemente, é acompanhada de anorexia, desconforto, dor e distensão abdominal (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

A toxicidade cardíaca frequentemente é um efeito cumulativo de algumas drogas quimioterápicas. As manifestações apresentam-se durante o tratamento ou após semanas, meses ou até anos, podendo levar à insuficiência cardíaca congestiva e à falência cardíaca, sendo sua evolução progressiva e irreversível. A principal medida preventiva é o controle das doses administradas, não excedendo a dose máxima permitida e a tolerância de cada paciente (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

Reações hepatotóxicas são diagnosticadas através da elevação das enzimas hepáticas e a observação de alguns sinais e sintomas como icterícia, fezes de coloração clara, urina de coloração escura, náuseas, anorexia, hepatomegalia, ascite, letargia, desorientação e coma. É reversível com a interrupção do tratamento, no entanto, pode evoluir para necrose ou fibrose hepática irreversível, após uso prolongado de algumas drogas (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

A neurotoxicidade pode se manifestar através de sinais e sintomas a nível central, como encefalopatias, síndromes cerebelares e convulsões, ou a nível

periférico, sendo neuropatias periféricas, neuropatias cranianas, neuropatias autonômicas, aracnoidites e irritação meníngea. A dose e a via de administração da droga, a idade, a função hepática e renal, tratamento radioterápico que atinge o sistema nervoso central, o uso concomitante de outras drogas neurotóxicas podem interferir na incidência e severidade da neurotoxicidade (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

As drogas antineoplásicas podem estar direta ou indiretamente ligadas a danos produzidos no tecido pulmonar, levando a lesões nas células endoteliais e epiteliais. No entanto, a toxicidade pulmonar relacionada à quimioterapia é de difícil diagnóstico. No geral, as alterações observadas são decorrentes de outros problemas como doença pulmonar crônica, infecção pulmonar oportunista, metástase pulmonar, radioterapia torácica, hemorragia pulmonar, uso de oxigenoterapia em altas concentrações por tempo prolongado, entre outros (BONASSA; GATO, 2012).

Alterações relacionadas à função sexual e à sexualidade podem ocorrer dependendo da droga antineoplásica utilizada, a dose, a duração do tratamento, o sexo e a idade. É comum encontrar alterações ligadas à supressão gonadal, diminuição da libido, irregularidades no ciclo menstrual, amenorreia temporária e impotência sexual. Algumas destas alterações podem ser temporárias, enquanto outras, permanentes. Especialmente no primeiro trimestre da gestação, o risco de aborto e malformações congênitas é muito alto (BONASSA; GATO, 2012).

As toxicidades renal e vesical podem estar associadas ao uso de diversas drogas antineoplásicas, podendo evoluir de forma aguda, grave e irreversível. Lesões renais são particularmente importantes devido ao fato de o rim ser o principal órgão responsável pela eliminação das drogas injetadas e a sua interferência na depuração desses fármacos (BONASSA; GATO, 2012).

Os sinais e sintomas mais comumente encontrados relativos à toxicidade renal são as alterações no volume urinário, disúria, hematúria, edema periférico bilateral, aumento da pressão arterial e da frequência respiratória, estase jugular, aumento de peso, náuseas, vômitos, anorexia, dor lombar, urgência urinária e alterações laboratoriais nos exames (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

Já a toxicidade vesical é manifestada por cistite hemorrágica e apresenta sinais como eritema, inflamação, ulceração, necrose, hemorragia difusa de pequenos vasos e redução da capacidade vesical. A prevenção envolve a hiper-

hidratação, alcalinização da urina, estimulação da diurese, acompanhamento dos exames laboratoriais e uso de medicamentos citoprotetores (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

As alterações metabólicas mais comuns encontradas nos exames dos pacientes em tratamento quimioterápico são as decorrentes de hipomagnesemia (diminuição do magnésio sérico), manifestando sinais e sintomas como tremores, tetania, vertigem, fraqueza, espasticidade muscular, alterações mentais, anorexia, náuseas, vômitos, taquicardia, hipotensão e exacerbação dos reflexos. A hiponatremia (diminuição do sódio sérico) é manifestada por náuseas, anorexia, diarreia, fraqueza muscular, alterações mentais, mioclonia, edema cerebral, convulsão e coma (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

A hipercalemia (aumento do cálcio sérico) constitui uma das alterações mais comuns, sendo potencialmente fatal. Manifesta-se por náuseas, vômitos, prurido, anorexia, alterações visuais, poliúria, nictúria, polidipsia, constipação ou diarreia e dor abdominal, hipertensão, fraqueza e fadiga muscular, alterações eletrocardiográficas, alterações mentais, ataxia e coma. A hiperuricemia (aumento do ácido úrico sérico) é evidenciada por sinais e sintomas como oligúria ou anúria, hipertensão, taquipneia, náuseas, vômitos, hematúria, cristaliúria, azotemia, prurido, anorexia, diarreia, edema, cólica renal, letargia e gota (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

As reações alérgicas e anafilaxia são decorrentes da hipersensibilidade das células ao contato com a quimioterapia antineoplásica e podem se apresentar de forma local ou sistêmica. Localmente, caracterizam-se por eritema, urticária, queimação e prurido no local da punção e no trajeto venoso. Já a nível sistêmico, manifestam-se como urticária, agitação, náuseas, hipotensão, desconforto respiratório, edema facial, cólica abdominal, prurido, eritema cutâneo, tontura, tremores, constrição do tórax e/ou laringe e cianose. Frente a estas intercorrências, a interrupção da infusão da droga é medida imediata com observação ativa do paciente e a implementação de condutas específicas que dependerão do medicamento infundido (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

A toxicidade dermatológica pode se apresentar de forma local ou sistêmica. A toxicidade local é observada nos tecidos adjacentes à aplicação das drogas antineoplásicas. Devemos atentar ao fato de que, se a droga possuir propriedades irritantes e ocorrer a infiltração no tecido, vai causar dor e inflamação local, porém

não haverá destruição tecidual; já na infusão de drogas com propriedades vesicantes, a infiltração tecidual causará necrose tissular e descamação. A toxicidade sistêmica pode se apresentar como eritema e urticária, representando um sinal prévio de hipersensibilidade à droga; a hiperpigmentação é mais evidente nas unhas, dobras cutâneas e trajeto venoso; fotossensibilidade, a pele fica sujeita a queimaduras solares; alterações nas unhas que se tornam fracas, quebradiças, com diminuição do brilho e faixas lineares esbranquiçadas; e a alteração mais comum, a alopecia (BRASIL, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

A Síndrome Mão-Pé (SMP) ou Eritrodisestesia Palmo-Plantar é uma reação cutânea tóxica classificada como sistêmica que ocorre com frequência, tornando-se um importante problema clínico. Caracteriza-se por edema, dor, eritema e descamação de mãos e pés após a administração de alguns quimioterápicos, podendo levar à interrupção do tratamento e à redução da dose do quimioterápico (SIMÃO et al., 2012).

Foram avaliados 72 prontuários, entre 2003 e 2006, de mulheres com câncer de mama submetidas ao tratamento quimioterápico, com o objetivo de analisar a ocorrência de toxicidade dermatológica. De um total de 558 ciclos de quimioterapia, foram registrados 152 eventos adversos, sendo 37 de toxicidade dermatológica e, destes, 20 foram ocorrências ligadas ao extravasamento do quimioterápico com a presença de sinais de lesão endurecida no local, fibrose local, dor e hiperemia. Esse estudo nos reporta à importância do acompanhamento, pela equipe de enfermagem, do sítio de punção venosa durante a infusão das drogas antineoplásicas, a fim de evitar esse tipo de intercorrência (GOZZO et al., 2010).

#### 1.4 ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS

O câncer é uma doença estigmatizada e devastadora. A tristeza e o pesar são reações comuns que as pessoas enfrentam, ao se depararem com o diagnóstico de câncer. A consciência da doença tem grande impacto na vida dos pacientes, o medo da morte, as mudanças físicas e psíquicas, o estilo de vida alterado decorrentes de todo o processo de enfrentamento da doença e seu tratamento requer uma atenção especial ao desenvolvimento e surgimento de estados de estresse, depressão, angústia e ansiedade (GONÇALVES; GIGLIO; FERRAZ, 2003; AVELAR et al., 2006; MAGALHÃES FILHO et al., 2006).

Maluf, Jo e Barros (2005) discutem o fato de a mulher que apresenta câncer de mama estar exposta a vários tipos de luto ao longo do tratamento, começando com o momento do diagnóstico, depois com o tratamento cirúrgico, onde ela perde uma parte importante do corpo da mulher ligado à feminilidade e à imagem corporal e, após, pelo tratamento quimioterápico e radioterápico.

Ansiedade e depressão são consequências que alguns pacientes com câncer experimentam, desde o diagnóstico, continuando durante e após o tratamento, que podem aumentar a gravidade dos sintomas associados à quimioterapia, podendo afetar a adesão ao tratamento (AVELAR et al., 2006).

A depressão é o efeito colateral psicológico mais comumente relatado durante o tratamento do câncer, segundo Avelar e colaboradores (2006), podendo atingir mais de um terço das pacientes, relacionando-se ao aumento da dor e dos efeitos colaterais do tratamento. Pacientes que sofrem de depressão e perda da esperança apresentam menor sobrevida em relação aos pacientes que não possuem alterações psicológicas (BOTEGA et al., 1995; PORTO, 1999).

Um estudo realizado por Chintamani e colaboradores (2011) avaliou e correlacionou os níveis de ansiedade e depressão em resposta aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico neoadjuvante em 84 mulheres com câncer de mama avançado na capital da Índia, Nova Délhi. Observou-se no estudo uma correlação significativa entre a resposta ao tratamento quimioterápico e os altos níveis de depressão apresentados, com influência significativa da falta de apoio familiar e baixo nível de alfabetização das pacientes.

Somada a essas alterações desencadeadas, sobretudo, pelo tratamento e diagnóstico, o câncer ginecológico acarreta preocupações adicionais que podem gerar um senso alterado de feminilidade e sentimentos de baixa autoestima com repercussões na qualidade de vida (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; SILVA; DERCHAIN, 2006; HUGUET et al., 2009; SAWADA, 2009).

A capacidade de ajustamento emocional do paciente com relação ao diagnóstico de um câncer envolve diversos aspectos de sua vida como: perspectivas profissionais e familiares antes e durante o surgimento da doença, suporte social e aspectos relativos à doença, dentre eles, os sintomas, possibilidades de tratamento e prognóstico (BÁREZ et al., 2009). Diante do exposto, observam-se, frequentemente, pacientes com sentimentos de tristeza, pesar e sintomas de ansiedade que podem ser considerados como “reações esperadas e normais” frente

ao diagnóstico da doença. No entanto, é importante observar esses sintomas como a possibilidade de prevenir um quadro depressivo ou ansioso e, assim, identificar a necessidade de um tratamento específico (PASQUINI et al., 2006; JUVER; VERÇOSA, 2008).

Para auxiliar no diagnóstico dos transtornos de ansiedade e depressão, a literatura tem descrito vários instrumentos. Dentre eles, o mais utilizado é a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) que possibilita avaliar a depressão e a ansiedade tanto em pacientes com outras doenças instaladas como em indivíduos não considerados doentes (BOTEGA et al., 1995; REZENDE et al., 2005; CASTRO et al., 2006; MARCOLINO et al., 2007). A HADS difere de outros instrumentos por não possuir itens somáticos, como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, cefaleia, tontura etc., o que permite que sintomas frequentemente associados ao câncer não afetem os escores de depressão. Além disso, muitos estudos têm demonstrado a validade e confiabilidade dessa escala para pacientes com câncer (AVELAR et al., 2006; MAGALHÃES FILHO et al., 2006).

O Grupo Internacional de Consenso sobre Depressão e Ansiedade recomendou o uso da HADS como “um instrumento capaz de medir a ansiedade e a depressão separadamente, tendo sido usada com sucesso para avaliar sintomas psicológicos em pacientes com câncer” (AVELAR et al., 2006).

## 1.5 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE

A detecção precoce de morbidades psiquiátricas, conhecendo fatores predisponentes, ajuda no manejo adequado do tratamento com impacto na melhora da qualidade de vida desses pacientes.

Incontestavelmente, esforços vêm sendo empreendidos com o intuito de aumentar a sobrevivência dos pacientes oncológicos. Temos de destacar, ainda, que a melhoria da QV das pessoas vem sendo guiada nos novos moldes de promoção e prevenção da saúde nas políticas públicas, nas quais deve ser buscada a promoção de novas práticas assistenciais que estimulem a melhoria da QV da população (BUSS, 2000; ROSA; PILLATTI, 2006).

Seidl & Zannon (2004) retratam a QV como indicadores que definem a

“... avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição. Nesses casos, a compreensão sobre a QV do paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde (p. 581)”.

Quanto aos aspectos conceituais e metodológicos da QV, a revisão da literatura realizada enfatiza que a QV deve ser avaliada pela própria pessoa, diferentemente das tendências iniciais onde eram avaliadas por um observador. Segundo as autoras, as pesquisas realizadas na área da saúde apresentavam dois enfoques, um mais genérico e outro relacionado à saúde. Os estudos que partem do conceito genérico de QV apresentam avaliações de pessoas saudáveis da população, com a exclusão total daquelas com agravos específicos. As investigações que partem do conceito relacionado à saúde estão associadas às enfermidades ou intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Por outro lado, dada a escassez de instrumentos que pudessem avaliar a QV das pessoas, o grupo de trabalho ligado à Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu o instrumento – *World Health Organization Quality of the Life* (WHOQOL-100) composto por 100 itens (FLECK et al., 1999; THE WHOQOL GROUP, 1994).

A necessidade de instrumentos de rápida aplicação determinou que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-*brief*. Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1994; FLECK et al., 2000; PEREIRA, 2006).

Para o grupo idealizador do WHOQOL, a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999; THE WHOQOL GROUP, 1994).

A diferença existente entre os conceitos de qualidade de vida e qualidade de vida em saúde, para Minayo e colaboradores (2000) e Seidl & Zannon (2004), é a subjetividade. Para a definição da QV, a OMS parte do pressuposto de que ela retrata a percepção de cada sujeito nas suas várias dimensões, envolvendo os aspectos positivos e negativos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O tema QV se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. Quando vista de forma mais focalizada, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Os profissionais, em geral, atuam para poder influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minimizando consequência dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; CONDE et al., 2006).

Os estudos de Fleck e colaboradores (1999), sobre o crescente interesse de avaliar a qualidade de vida na área da saúde, principalmente quando o perfil avaliado são os pacientes oncológicos, dizem que

“a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos (p. 20)”.

## 2 JUSTIFICATIVA

É fato que pessoas acometidas por doenças crônico-degenerativas vivenciam uma diminuição na qualidade de vida e que as mulheres com câncer de mama e ginecológico experimentam, também, alterações sistêmicas e locais que interferem na qualidade de vida devido à relação íntima com o tratamento quimioterápico e com seus efeitos colaterais. A ansiedade pela descoberta de um diagnóstico devastador e a falta de conhecimento do que será vivenciado levam a sentimentos controversos e inexplicáveis na vida dessa mulher.

No Brasil, vem crescendo o interesse pelo tema QV no campo da saúde. Inúmeras são as publicações que nos remetem a dados da influência de fatores externos, doenças, condições temporárias como cirurgias e até mesmo o câncer, afetando o escore da qualidade de vida. Porém, quando procuramos nas bases de dados, de acordo com os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) tentando correlacionar “Qualidade de Vida”, “Ansiedade”, “Depressão”, “Neoplasias do Colo do Útero”, “Neoplasias” ou “Neoplasias da Mama”, os resultados não foram tão satisfatórios e observamos que no tema de interesse, poucos foram os pesquisadores que se aventuraram.

Com essa constatação, aumentou ainda mais o interesse em estudar a qualidade de vida das mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica e em avaliar e conhecer a associação da ansiedade e da depressão nesse contexto, com vistas a lidar com estas intercorrências no atendimento a estas pacientes. Em qual momento do tratamento deveríamos intervir e estar atentos a modificações emocionais e psicológicas? O quanto essas modificações influenciam na qualidade de vida, que já está prejudicada devido ao diagnóstico e tratamento invasivo?

Os resultados obtidos serão apresentados em eventos e publicações específicas da área que subsidiarão outros profissionais que atuam neste campo da prática.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

Verificar a ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e ginecológico, em tratamento quimioterápico.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- 3.2.1. Caracterizar as pacientes quanto aos dados sociodemográficos e clínicos;
- 3.2.2. Verificar associação dos sinais e sintomas antes da administração do tratamento quimioterápico (pré-quimioterapia) e após o terceiro ciclo de quimioterapia antineoplásica (pós-quimioterapia);
- 3.2.3. Avaliar a qualidade de vida, ansiedade e depressão das pacientes, segundo os instrumentos validados, WHOQOL-*bref* e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), respectivamente;
- 3.2.4. Verificar a existência de correlações entre os escores de ansiedade e depressão e os domínios de qualidade de vida, tanto no momento pré-quimioterapia quanto no pós-quimioterapia.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

Estudo observacional quantitativo, de caráter descritivo e delineamento longitudinal prospectivo.

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CQ/HC/UFTM), no município de Uberaba (MG).

A Central de Quimioterapia é uma entidade pública federal, sem finalidade lucrativa, com caráter assistencial e docente que tem por objetivo oferecer tratamento quimioterápico e adjuvante em regime ambulatorial aos pacientes com neoplasias procedentes de Uberaba e região, independente de suas condições socioeconômicas.

A Unidade iniciou seus atendimentos em setembro de 2008 e conta com uma estrutura totalmente humanizada, composta por quatro consultórios médicos, sendo um exclusivo para consultas pediátricas, sala de espera para adultos e crianças, sala de coleta, brinquedoteca, duas amplas enfermarias que dispõem de 12 leitos (entre adultos e pediátricos), sendo 10 poltronas-leitos e duas macas fixas.

### **4.3 POPULAÇÃO-ALVO**

Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticadas com câncer de mama ou ginecológico pelo Serviço de Oncologia Ginecológica da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia e que foram submetidas ao tratamento quimioterápico, no período de dezembro de 2012 a abril de 2013, na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CQ/HC/UFTM), em Uberaba-MG.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as pacientes que, após compreensão dos Termos de Esclarecimento (Apêndice A) e Consentimento Livre (Apêndice B), se recusaram a participar do estudo.

#### 4.5 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram convidadas/selecionadas para compor a população de estudo todas as pacientes atendidas no referido serviço e período que iniciaram o tratamento quimioterápico. A partir do estudo-piloto e da análise da capacidade operativa do serviço, foi possível quantificar, no período proposto para a coleta de dados (dezembro de 2012 a abril de 2013), 16 mulheres. Neste sentido, constituiu-se uma amostra por conveniência, maximizada.

#### 4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As informações necessárias ao desenvolvimento do estudo foram obtidas a partir de três instrumentos de coleta de dados.

4.6.1 Caracterização sociodemográfica e clínica: Questionário com questões referentes à idade, à situação conjugal, à profissão/ocupação, à procedência, à escolaridade (anos completos de estudo), à religião, à renda mensal individual, ao tipo de câncer apresentado (diagnóstico médico), à realização de cirurgia e radioterapia, ao protocolo quimioterápico proposto (com início e término do tratamento) e aos efeitos colaterais do tratamento (Apêndice C);

4.6.2 Qualidade de Vida: Instrumento proposto pela *World Health Organization* (WHO), o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref) - versão em português e abreviada (Anexo 1). Trata-se de um questionário de propriedade da WHO, autorizado para ser utilizado e copiado pelos pesquisadores, desde que as

suas orientações e questões não sejam modificadas. É instrumento genérico composto de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e 24 que representam cada uma das 24 facetas que compõem os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1994; FLECK et al., 1999; ROSA; PILLATTI, 2006; UFRGS, [2010]). Todos os dados do instrumento deverão ser respondidos, em um só encontro, de preferência autoaplicado e em situação de privacidade. As perguntas do questionário deverão ser respondidas tendo como base as duas últimas semanas de vida. As pacientes não deverão preencher o instrumento acompanhadas de familiar e colaboradores do hospital (THE WHOQOL GROUP, 1994; UFRGS, [2010]). Caso a paciente apresente qualquer impossibilidade, o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador. Neste caso, o entrevistador deverá estar atento para não influenciar as respostas do entrevistado. O entrevistador não deverá discutir as questões e comentar o significado ou a escala das respostas. Caso haja dúvida, o entrevistador deverá apenas reler a questão de forma pausada, evitando dar sinônimos às perguntas (THE WHOQOL GROUP, 1994; UFRGS, [2010]). Se por algum motivo o entrevistado não quiser responder a alguma questão, ele deverá colocar o código '99' para esta questão. As questões que eventualmente o entrevistado possa ter esquecido de responder, colocar '00'. Ao término da entrevista, o entrevistador deverá verificar atentamente se o entrevistado não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa para cada questão (THE WHOQOL GROUP, 1994; UFRGS, [2010]). A construção deste instrumento não prevê um escore específico para avaliar a QV como positiva ou negativa. Não existem pontos de corte sobre o qual se possa avaliar a QV como 'ruim' ou 'boa'. Eles se configuram numa escala, em que, quanto maior o escore, melhor a QV (PEREIRA et al., 2006).

4.6.3 Ansiedade e Depressão: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Anexo 2). É um instrumento constituído por 14 questões, 7 relacionadas à ansiedade (HADS-A) e 7, à depressão (HADS-D). A entrevistada atribuirá nota de zero a três para cada uma das perguntas, perfazendo totais que podem variar de 0 a 21 em cada subescala. Pontuação de oito ou mais, tanto na subescala de ansiedade quanto na de depressão, é sugestiva de transtorno de ansiedade ou de depressão, não tendo a HADS o objetivo de quantificar a gravidade do sintoma (SNAITH, 2003; AVELAR et al., 2006; MARCOLINO et al., 2007).

## 4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

### *4.7.1 Sociodemográficas e clínicas*

- Idade em anos completos;
- Situação conjugal: com companheiro fixo ou sem companheiro fixo ou outros;
- Profissão/ocupação;
- Procedência: Uberaba ou outra cidade;
- Escolaridade em anos completos de estudo, sem repetir a mesma série;
- Religião: católica, evangélica, espírita ou outra;
- Renda mensal individual em salários-mínimos: nenhuma, até 1 salário-mínimo, entre 1 e 2 salários-mínimos, entre 2 e 3 salários-mínimos ou mais de 3 salários-mínimos;
- Diagnóstico médico;
- Realização de cirurgia: sim ou não e qual o tipo de cirurgia;
- Realização de radioterapia: sim ou não e quantas sessões;
- Início do tratamento quimioterápico;
- Término do tratamento quimioterápico;
- Protocolo quimioterápico proposto;
- Presença de efeitos colaterais da quimioterapia: infecções/febre, sangramento, fraqueza/cansaço, náuseas, vômitos, mucosite, diarreia, constipação, cistite e alopecia.

#### 4.7.2 *Qualidade de vida*

Escores de:

- Qualidade de vida geral;
- Domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

#### 4.7.3 *Ansiedade e depressão*

Escores totais para:

- Ansiedade;
- Depressão.

### 4.8 COLETA DE DADOS

Para alcançar os objetivos propostos, o presente estudo foi desenvolvido de acordo com os seguintes passos:

1. Identificação das pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico, através da agenda do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HC/UFTM, e que iniciaram o tratamento quimioterápico na Central de Quimioterapia do HC/UFTM, no período de dezembro de 2012 a abril de 2013;
2. Solicitada às mulheres a anuência para participação no estudo, após terem sido esclarecidas sobre o tema, objetivo e finalidade da pesquisa; além do termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, por escrito, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra com a paciente.
3. Aplicação, junto às pacientes, de um instrumento de coleta de dados sobre as características sociodemográficas e clínicas (Apêndice C), do instrumento WHOQOL-*bref* (Anexo 1) sobre a qualidade de vida e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Anexo 2), antes do início do tratamento quimioterápico (pré-quimioterapia);
4. Abordagem das mesmas pacientes utilizando os três instrumentos já mencionados, quando estas estiveram no 3º ciclo de aplicação da quimioterapia antineoplásica (pós-quimioterapia), com isso, asseguramos que todas as pacientes entrevistadas já estivessem sob os efeitos colaterais dos

quimioterápicos propostos para seu tratamento e que nenhuma paciente terminasse o tratamento sem ser abordada novamente para responder aos questionários no momento pós-quimioterapia.

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento do estudo, foi solicitado o parecer e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM e aprovado sob o protocolo CEP/UFTM: 2304 (Anexo 3). Os aspectos éticos são baseados na Resolução 196/96 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Para a entrevista, foi solicitada às mulheres a anuência para participação no estudo, após terem sido esclarecidas sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade por meio de numeração dos instrumentos de coleta de dados; solicitamos por escrito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra com a paciente. As entrevistas foram realizadas no espaço físico disponível da Central de Quimioterapia do HC/UFTM, no momento em que a paciente compareceu para o primeiro ciclo de quimioterapia (início do tratamento) e foi entrevistada novamente no retorno ao serviço para a realização do 3º ciclo do seu tratamento quimioterápico.

É importante ressaltar que a paciente que apresentou escores sugestivos de ansiedade ou depressão, no momento da coleta dos dados, foi encaminhada ao Serviço de Psicologia do HC/UFTM para avaliação e intervenção.

#### 4.10 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi realizado para garantir que o estudo transcorresse conforme o protocolo e para que o registro dos dados fosse fidedigno. O pesquisador certificou-se, antes de terminada a entrevista, da completude dos dados e de que todas as perguntas foram respondidas. Os dados foram digitados duas vezes, por diferentes pessoas, para identificação e posterior correção de possíveis erros de digitação. A identidade dos sujeitos foi mantida em sigilo. As informações

obtidas ficaram sob os cuidados da pesquisadora e poderão ser divulgadas para fins científicos de forma individual e consolidada.

#### 4.10.1 Estudo-piloto

Os três instrumentos propostos, questionário sociodemográfico e clínico, o WHOQOL-*brief* e o HADS, foram previamente aplicados através de um estudo-piloto realizado com três mulheres com câncer de mama ou ginecológico que estavam em tratamento quimioterápico na Central de Quimioterapia do HC/UFTM, para verificar sua adequação aos objetivos deste estudo.

Apenas uma das mulheres entrevistadas apresentou dificuldade na leitura do instrumento devido ao fato de não ter levado óculos de leitura no dia em questão. Para esta, foi necessário realizar a leitura pausadamente dos instrumentos sem problemas de identificação das perguntas e apresentando facilidade em responder às questões com prontidão. As demais entrevistadas não tiveram dificuldades no andamento da entrevista, compreendendo todos os instrumentos e termos utilizados, sem realização de perguntas à entrevistadora. O tema abordado e a forma como foram elaboradas as perguntas foram elogiados por uma entrevistada que disse ser muito importante este estudo para ajudar todas as mulheres em tratamento quimioterápico.

O tempo gasto para o preenchimento dos três instrumentos foi de aproximadamente 40 minutos.

#### 4.11 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Foi construída uma planilha eletrônica para armazenagem dos dados, através do programa *Excel*®. Os dados armazenados na planilha do *Excel*® foram transportados para o programa estatístico “*Statiscal Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 20.0.

Para alcançar o primeiro e o segundo objetivos, foram realizadas análises descritivas, a partir de frequências absolutas e percentuais, medidas de centralidade e dispersão. O terceiro objetivo foi alcançado a partir da aplicação dos instrumentos validados WHOQOL-*brief* e HADS e análise dos escores das médias dos domínios e

dos escores de ansiedade e depressão a partir do teste t-*Student* pareado. Quanto ao quarto objetivo, a correlação entre os escores de ansiedade e depressão e os domínios de qualidade de vida, utilizou-se o coeficiente de correlação linear de *Pearson*. Para o cálculo dos escores de qualidade de vida segundo os domínios, foi utilizada a sintaxe oferecida pelo *WHOQOL Group*, para ser usada no programa de *software* SPSS. Com ele, o programa pode checar, recodificar e estabelecer os escores dos domínios. A normalidade dos dados foi verificada a partir do teste *Shapiro Wilks*. O nível de significância para todos os procedimentos inferenciais foi de 5%.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO

Para o desenvolvimento do estudo, foram entrevistadas 16 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico, no período de dezembro de 2012 a abril de 2013, e que iniciaram o tratamento quimioterápico na Unidade Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CQ/HC/UFTM), Uberaba (MG). A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da população do estudo.

Dentre as mulheres que participaram do estudo, a média de idade encontrada foi de 47,5 anos, com mediana de 49 anos e variando de 18 a 76 anos. A maioria delas encontrava-se na faixa etária de 41 a 60 anos (56,3%), o que vai ao encontro dos dados fornecidos pelo INCA que apontam incidências maiores de câncer ginecológico em pacientes acima dos 40 anos de idade, com rara predominância de câncer de mama antes dos 35 anos. Destaca-se, então, a importância dos programas de rastreamento e diagnóstico precoce dessa população, atentando aos exames preventivos e orientações quanto ao estilo de vida (BRASIL, 2011a).

A média de anos de estudo, sem repetir a mesma série, foi de 6,63 anos, com mediana de sete anos, sendo que duas (12,5%) das mulheres nunca frequentaram a escola, e apenas uma (6,3%) estudou mais de 12 anos, num total máximo de 14 anos de estudo. Observou-se uma igualdade na distribuição das mulheres com baixo nível escolar (cinco delas) que relataram de um a quatro anos de estudo, e outras cinco (31,3%) relataram ter estudado de nove a onze anos. A escolaridade representa um importante fator no que diz respeito ao planejamento e à implementação de atividades educativas, uma vez que essas devem ser adequadas a uma fácil compreensão, para o entendimento e a participação das mulheres com câncer nas orientações propostas (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

A maioria das mulheres (62,5%), no momento da entrevista, encontrava-se numa situação conjugal estável, com companheiro fixo. Vieira e colaboradores (2007) relatam em seu estudo que as mulheres com câncer de mama que se mantinham em uma união estável, na presença de um parceiro fixo, apresentavam um melhor enfrentamento da doença, facilitando sua reintegração no contexto familiar.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das mulheres com câncer de mama e ginecológico submetidas ao tratamento quimioterápico (n=16). Uberaba (MG), 2013.

<b>Variáveis</b>		<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (em anos)</b>	18 – 30	2	12,5
	31 – 40	3	18,8
	41 – 50	5	31,3
	51 – 60	4	25,0
	61 – 70	1	6,3
	71 – 80	1	6,3
<b>Escolaridade (em anos)</b>	Sem escolaridade	2	12,5
	Um a quatro	5	31,3
	Cinco a oito	3	18,8
	Nove a onze	5	31,3
	Doze ou mais	1	6,3
<b>Situação conjugal</b>	Com companheiro fixo	10	62,5
	Sem companheiro fixo	6	37,5
<b>Procedência</b>	Uberaba	7	43,8
	Outra cidade	9	56,3
<b>Religião</b>	Católica	10	62,5
	Evangélica	2	12,5
	Espírita	2	12,5
	Outra	2	12,5
<b>Renda mensal individual</b>	Nenhuma	3	18,3
	Até 1 salário-mínimo	10	62,5
	Entre 1 a 2 salários-mínimos	3	18,3
	Entre 2 a 3 salários-mínimos	0	0,0
	Mais de 3 salários-mínimos	0	0,0
<b>Profissão/ocupação</b>	Doméstica	6	37,5
	Aposentada	3	18,8
	Costureira	1	6,3
	Manicure	1	6,3
	Pedagoga	1	6,3
	Auxiliar de Serviços Gerais	3	18,3
	Confeiteira	1	6,3

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

Em relação à procedência das mulheres, nove (56,3%) delas precisaram se deslocar das cidades próximas ao município de Uberaba (MG) para se submeterem ao tratamento proposto, o que evidencia o fato de esse município ser polo de atenção médica e referência terciária da região.

Analisando a religião/crença das mulheres, observou-se a predominância da religião católica (62,5%). Nenhuma delas considerou-se sem religião. Um estudo realizado com 270 mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno avaliou as estratégias de enfrentamento utilizadas por essas mulheres e revelou que o enfrentamento com foco na religião tem relevante papel no impacto da doença em suas vidas, pois a crença em Deus, os pensamentos positivos e o otimismo são fortes influências no desenvolvimento adaptativo ao enfrentamento da doença e do seu tratamento (LEITE et al., 2012).

A renda mensal foi avaliada individualmente e em salários-mínimos. Observamos que a maioria das mulheres (62,5%) contava com até um salário-mínimo de renda individual para satisfazer as suas necessidades e ajudar na renda familiar. A pesquisa nos mostrou que três (18,3%) das mulheres não possuíam renda individual mensal, contando apenas com a renda familiar para suprir suas necessidades. Constatamos, também, que nenhuma delas recebia acima de dois salários-mínimos de renda individual. Um estudo realizado em área urbana no Sul do Brasil associou a cobertura de realização do exame de detecção do câncer de colo de útero com fatores sociodemográficos. Observou-se que, dentre as 952 mulheres entrevistadas, 14% delas estavam com o exame em atraso e 7% nunca haviam realizado o exame. Essa prevalência foi significativamente maior entre mulheres com até quatro anos de estudo (30,3%) e com menor renda mensal *per capita* (22,7%), evidenciando que o menor nível socioeconômico implica em maiores taxas de não realização do exame de Papanicolau, conseqüentemente levando a um aumento do risco de desenvolvimento do câncer cervical (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

Com relação à profissão/ocupação citada pelas mulheres, seis delas (37,5%) consideraram-se doméstica e três (18,8%) delas já se encontravam aposentadas. Apenas uma (6,3%) apresentou nível superior completo, atuando como pedagoga. Observou-se que três, (18,8%) das mulheres, são autônomas, realizavam atividades de costureira, manicure ou confeitadeira, não possuindo vínculo empregatício com benefícios trabalhistas e seguridade social.

Em relação ao diagnóstico médico, pudemos observar na Tabela 2, uma igualdade na incidência de carcinoma epidermoide invasivo do colo do útero (31,3%) e de carcinoma ductal invasivo de mama (31,3%), corroborando a literatura. Essa informação coincide com os dados epidemiológicos, sobre o perfil do câncer no Brasil e no mundo, que apontam para o câncer de mama como o mais incidente na

população feminina, seguido pelo câncer do colo do útero que representa uma das causas mais frequentes de morte nessa população (WHO, 2009; BRASIL, 2011a). Somente uma paciente (6,3%) foi diagnosticada com carcinoma de endométrio, e as cinco pacientes restantes foram diagnosticadas com carcinoma de ovário, mola hidatiforme, leiomiossarcoma de útero e neoplasia de vulva. Segundo o INCA, estes são tipos de neoplasias ginecológicas de menor incidência na população feminina, sendo o câncer de vulva considerado um tumor raro; com exceção da mola hidatiforme que é uma complicação da gravidez com alto potencial evolutivo para doença maligna e deve ser tratado com quimioterapia antineoplásica (ANDRADE, 2009; BRASIL, 2011a).

Tabela 2 – Distribuição das mulheres com câncer de mama e ginecológico submetidas ao tratamento quimioterápico (n=16). Uberaba (MG), 2013.

Variáveis		No.	%
<b>Diagnóstico médico</b>	Carcinoma Epidermoide Invasivo do Colo do Útero	5	31,3
		-	-
	Carcinoma Ductal Invasivo de Mama	5	31,3
	Carcinoma de Endométrio	1	6,3
	Outros*	5	31,3
<b>Realização de cirurgia</b>	Sim	12	75,0
	Não	4	25,0
<b>Realização de radioterapia</b>	Sim	8	50,0
	Não	8	50,0
<b>Protocolo quimioterápico</b>	Derivados Platínicos	10	62,5
	Derivados Antracíclicos	4	25,0
	Taxanes	2	12,5

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

\* carcinoma de ovário, mola hidatiforme, leiomiossarcoma de útero e neoplasia de vulva.

Avaliando a necessidade de realização de cirurgia antes do início do tratamento quimioterápico, observamos no estudo que a grande maioria das mulheres (75%) submeteu-se a esse tipo de procedimento. Notamos que quatro (80%) das mulheres que foram diagnosticadas com câncer de mama realizaram cirurgia de retirada do tecido mamário e esvaziamento de cadeia linfática axilar, antes de iniciarem com o tratamento quimioterápico (adjuvante). Apenas duas (40%)

pacientes com câncer do colo do útero realizaram histerectomia parcial ou total, e todas as demais pacientes (37,5%) também necessitaram da cirurgia como tratamento principal.

Em relação ao tratamento complementar, a radioterapia foi realizada por oito (50%) mulheres. Dentre as mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero, a grande maioria, quatro delas (80%), realizou o tratamento radioterápico concomitantemente ao tratamento quimioterápico. Já as mulheres diagnosticadas com câncer de mama, somente duas (40%) delas realizaram a radioterapia. Comparando as variáveis cirurgia e radioterapia, notamos que entre as 12 pacientes que realizaram cirurgia como tratamento principal, cinco delas (41,6%) realizaram radioterapia como tratamento complementar com a quimioterapia. A literatura nos mostra que o tratamento adjuvante do câncer de mama e ginecológico frequentemente envolve o uso de radioterapia e quimioterapia, como evidenciado em nosso estudo. O uso concomitante desses dois tipos de tratamento é importante para que não ocorra o atraso de nenhum tratamento proposto, visto que se retardar o início da quimioterapia pode causar um impacto negativo a nível sistêmico e, em contrapartida, se retardar o tratamento radioterápico pode ocorrer redução da taxa de controle local das células neoplásicas (MENDONÇA; GONÇALVES; SILVA, 2005; BONASSA; GATO, 2012).

Quanto ao tipo de protocolo quimioterápico utilizado, temos que dez (62,5%) usaram derivados platínicos, quatro (25%) delas usaram derivados antracíclicos, e duas utilizaram taxanes. Sendo que quatro (80%) das mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero utilizaram derivados platínicos e somente uma utilizou outro tipo de protocolo. Entre as mulheres diagnosticadas com câncer de mama, quatro (80%) delas usaram os derivados antracíclicos, e apenas uma utilizou derivado platínico.

Salientamos que a quimioterapia é uma forma de tratamento sistêmico, atingindo indiscriminadamente todas as células do organismo, principalmente as de rápida divisão celular. Com isso, surgem os indesejados efeitos colaterais do tratamento que podem afetar substancialmente a continuidade do mesmo (BURILLE et al., 2008).

## 5.2 SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS PELAS MULHERES ANTES E APÓS A ADMINISTRAÇÃO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Com o surgimento de efeitos colaterais advindos do tratamento quimioterápico e a necessidade de conhecer sua influência na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e ginecológico, foi proposto no questionário sociodemográfico e clínico conhecer, junto as pacientes, quais sinais e sintomas elas apresentaram com a administração dos quimioterápicos. Porém, a nível de comparação, deveríamos coletar informações de sinais e sintomas referidos pelas mulheres, antes da administração da quimioterapia, visto que, ao submeter-se a um procedimento cirúrgico ou dependendo do grau de comprometimento do estadiamento do câncer, essa paciente poderia apresentar alguns sinais e sintomas parecidos aos do tratamento.

A partir de então, os dados analisados foram avaliados quanto ao período de pré-quimioterapia que compreende o momento em que a mulher recebeu a notícia do diagnóstico médico e toda a preparação física e psicológica para o início do tratamento, que pode ter sido cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico, lembrando que a motivação para o nosso estudo foi a influência do tratamento quimioterápico; e quanto ao período de pós-quimioterapia que compreende o intervalo do primeiro ao terceiro ciclo de quimioterapia.

Nesse momento, salientamos que, das 16 mulheres que foram entrevistadas, apenas 14 delas concluíram a participação no estudo. No decorrer do tratamento, uma das pacientes teve seu tratamento quimioterápico interrompido, a critério médico, antes de completar os três ciclos propostos para participar do estudo e, outra apresentou mal-estar geral com agravamento clínico da doença, necessitando de internação hospitalar antes de completar os três ciclos quimioterápicos e evoluindo para o óbito. Levando em consideração essas informações, temos que todos os dados avaliados e discutidos a partir deste momento são referentes a 14 mulheres que concluíram o tratamento quimioterápico proposto.

Tabela 3 – Distribuição dos efeitos colaterais apresentados pelas mulheres com câncer de mama e ginecológico antes e após o tratamento quimioterápico (n=14). Uberaba (MG), 2013.

<b>Sinais e Sintomas</b>							
<b>Pós-QT</b>							
<b>Pré-QT</b>		<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>Total</b>	
		<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>Infecção/febre</b>	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não	7	50,0	7	50,0	14	100
	Total	7	50,0	7	50,0	14	100
<b>Sangramento</b>	Sim	1	7,1	1	7,1	2	14,2
	Não	5	35,8	7	50,0	12	85,8
	Total	6	42,9	8	57,1	14	100
<b>Fraqueza/cansaço</b>	Sim	6	42,9	-	-	6	42,9
	Não	8	57,1	-	-	8	57,1
	Total	14	100	-	-	14	100
<b>Náuseas</b>	Sim	1	7,1	-	-	1	7,1
	Não	8	57,1	5	35,8	13	92,9
	Total	9	64,2	5	35,8	14	100
<b>Vômitos</b>	Sim	-	-	-	-	1	7,1
	Não	11	78,6	3	21,4	13	92,9
	Total	11	78,6	3	21,4	14	100
<b>Mucosite</b>	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não	5	35,8	9	64,2	14	100
	Total	5	35,8	9	64,2	14	100
<b>Diarreia</b>	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não	9	64,2	5	35,8	14	100
	Total	9	64,2	5	35,8	14	100
<b>Constipação</b>	Sim	1	7,1	1	7,1	2	14,2
	Não	3	21,5	9	64,3	12	85,8
	Total	4	28,6	10	71,4	14	100
<b>Cistite</b>	Sim	-	-	1	7,1	1	7,1
	Não	3	21,4	10	71,5	13	92,9
	Total	3	21,4	11	78,6	14	100
<b>Alopecia</b>	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não	11	78,6	3	21,4	14	100
	Total	11	78,6	3	21,4	14	100

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

Podemos observar que, entre os sinais e sintomas que foram investigados, o sintoma fraqueza/cansaço foi relatado por seis (42,9%) das pacientes, antes mesmo do início do tratamento quimioterápico, intensificando-se com o seu andamento, atingindo 100% das mulheres, quando questionadas no pós-tratamento. Estudos do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2001) mostram que a sensação de fraqueza/cansaço e de fadiga é experimentada por 72% a 95% de todos os pacientes, durante e após o tratamento. Silva; Albuquerque e Leite (2010) apontaram em seus estudos que a fadiga pode ser a principal causa de impacto na qualidade de vida das pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Outro estudo nos revelou que de 40% a 80% dos pacientes com câncer sofrerão fadiga importante antes, durante ou, até mesmo, após o tratamento quimioterápico (HOFMAN et al., 2007). Analisando ainda o estudo de Guimarães e Anjos (2012), observamos que, no início do tratamento, 27,4% das pacientes apresentaram o sintoma fadiga e, após o terceiro ciclo de quimioterapia, esse número aumentou para 40,5%.

No início do tratamento, apenas uma (7,1%) das pacientes relatou ter apresentado náuseas e, após o tratamento, nove (64,2%) delas apresentaram esse sintoma. Em relação ao sintoma vômito, nenhuma das pacientes apresentou essa intercorrência antes do início do tratamento, porém, ao serem avaliadas na pós-quimioterapia, observamos que 11 (78,6%) delas apresentaram vômitos. A baixa incidência dos sintomas de náuseas e vômitos, antes do início do tratamento, era o que esperávamos encontrar, visto que as pacientes não haviam iniciado o uso de quimioterápicos, os quais possuem alto poder emetogênico. Neste sentido, avaliando a presença desses sintomas após o tratamento, observamos que o aumento da ocorrência foi consideravelmente notável, dados estes que foram corroborados pela literatura pesquisada (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

Em relação à constipação intestinal, observou-se que duas (14,2%) das pacientes apresentaram esse sintoma antes do início do tratamento e que houve um pequeno aumento na incidência para quatro (28,6%) mulheres com o uso de quimioterapia. Em contrapartida, nenhuma das pacientes se queixou de diarreia no momento de pré-quimioterapia, porém, quando avaliadas no pós-quimioterapia, nove (64,2%) delas relataram ter apresentado diarreia nesse período. Entre os quimioterápicos utilizados, ressaltamos que alguns podem levar a alterações do

hábito intestinal, tornando importante a orientação quanto a mudanças nos hábitos alimentares, durante e após o tratamento (BONASSA; GATO, 2012).

A ocorrência de sangramento foi mencionada por duas (14,2%) das mulheres, antes de iniciarem a quimioterapia, aumentando para seis (42,9%) o número de mulheres que se queixaram desse sintoma no pós-tratamento. Uma paciente (7,1%) relatou que, pouco antes do início do tratamento quimioterápico apresentou cistite (infecção urinária), necessitando de medicamentos para resolver a intercorrência. Já no pós-tratamento, três (21,4%) pacientes haviam apresentado infecção urinária, ocasionando um atraso na administração do protocolo quimioterápico proposto, com vistas à normalização da função urinária através do uso de antibioticoterapia.

Sinais e sintomas como infecção/febre, mucosite e alopecia não foram evidenciados, antes do início do tratamento quimioterápico. No entanto, com o uso dos diferentes protocolos propostos, a incidência desses sinais e sintomas atingiu a grande parte das mulheres, sendo que 11 (78,6%) delas apresentaram queda dos cabelos e pelos (alopecia), sete (50%) apresentaram quadro de infecção e/ou febre associadas, com necessidade de intervenção medicamentosa, e cinco (35,8%) das mulheres apresentaram mucosite, um grave e importante sintoma que prejudica a ingestão dos alimentos e absorção dos nutrientes, tão importante nessa fase da doença. A literatura nos mostra que esses sinais e sintomas são frequentes e comuns com o uso de quimioterápicos (BONASSA; GATO, 2012).

Analisando os dados, podemos inferir que o próprio diagnóstico do câncer e a sua evolução, a necessidade de realização de cirurgia para retirada do tumor e em alguns casos o início do tratamento radioterápico são fatores determinantes para a ocorrência dos sinais e sintomas que foram relatados pelas pacientes, antes mesmo do início da quimioterapia. Importante considerar que os diferentes sinais e sintomas relacionados ao tratamento quimioterápico e à própria doença pode desencadear uma sobreposição de sintomas e ainda intensificar um ou outro.

### 5.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO

#### 5.3.1 Qualidade de vida

Quando analisamos a abordagem terapêutica das pacientes com câncer de mama e ginecológico, observamos um alto grau de preocupação com a sobrevivência dessa paciente. Portanto, a avaliação da qualidade de vida deve ser considerada durante todas as fases do diagnóstico e tratamento da doença, visto que vários sintomas e intercorrências relacionados ao câncer e a seu tratamento podem afetar de maneira significativa os domínios da qualidade de vida, envolvendo o bem-estar físico, psicológico, social e ambiental. A Tabela 4 nos mostra os resultados obtidos da avaliação da qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e ginecológico, no momento do diagnóstico médico, antes do início do tratamento quimioterápico proposto, e a avaliação dos domínios da qualidade de vida no momento de pós-quimioterapia.

O valor do alfa de *Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que os melhores níveis de consistência interna são aqueles mais próximos de um. Salienta-se que o domínio social possui apenas três itens, o que implica em prejuízo do desempenho da utilização do alfa de *Cronbach* para validade interna, visto que o recomendado para esse tipo de análise é a presença, de pelo menos, quatro itens (FLECK et al., 2008).

Ao analisar os resultados obtidos na avaliação da qualidade de vida referente aos domínios do WHOQOL-*bref* na fase de pré-quimioterapia, observamos que o domínio físico apresentou o menor escore médio (51,78), com um desvio-padrão de 15,89, variando entre 28,57 e 67,86, caracterizando uma qualidade de vida classificada como intermediária.

O domínio físico aborda questões referentes à dor e ao desconforto, à energia e fadiga, ao sono e repouso, à mobilidade, a atividades da vida cotidiana, à dependência de medicação e capacidade para o trabalho (FLECK et al., 2008).

Avaliando o domínio físico nas mesmas pacientes, mas agora no momento de pós-quimioterapia, observamos que este domínio continua sendo o de menor escore médio (50,25), com desvio-padrão de 15,37, variando entre 21,43 e 71,43. Notamos que houve uma pequena redução na média do escore do momento de pré-

quimioterapia para o pós-quimioterapia, porém, de acordo com  $p$ , não houve significância estatística (0,763).

Tabela 4 – Avaliação da qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e ginecológico, conforme domínios do WHOQOL-*bref* nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia (n=14). Uberaba (MG), 2013.

<b>Pré-Quimioterapia</b>						
<b>Domínios</b>	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio- Padrão	Alfa de <i>Cronbach</i>
<b>Físico</b>	28,57	51,78	57,14	67,86	15,89	0,62
<b>Psicológico</b>	37,50	66,96	66,66	87,50	16,21	0,73
<b>Social</b>	50,00	71,42	70,83	91,67	14,13	-
<b>Ambiental</b>	40,63	64,50	62,50	87,50	12,59	0,73
<b>Pós-Quimioterapia</b>						
<b>Domínios</b>	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio- Padrão	Alfa de <i>Cronbach</i>
<b>Físico</b>	21,43	50,25	51,78	71,43	15,37	0,71
<b>Psicológico</b>	20,83	60,41	64,58	87,50	20,65	0,84
<b>Social</b>	33,33	72,61	75,00	100,00	17,73	0,31
<b>Ambiental</b>	31,25	58,92	62,50	75,00	14,02	0,74
<b>Pré-QT X Pós-QT</b>						
<b>Domínios</b>	<i>t-Stud</i> pareado		<i>p</i> -valor			
<b>Físico</b>	0,31		0,763			
<b>Psicológico</b>	1,88		0,083			
<b>Social</b>	-0,46		0,655			
<b>Ambiental</b>	2,00		0,066			

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

Em estudo realizado por Jorge e Silva (2010), com 50 pacientes com câncer ginecológico submetidas ao tratamento quimioterápico, eles concluíram que o domínio físico do WHOQOL-*bref* foi o mais comprometido, com escore médio de 56. As autoras explicam o fato em decorrência das toxicidades das drogas quimioterápicas utilizadas no tratamento relacionadas à não especificidade celular,

podendo ocasionar efeitos colaterais como náuseas, vômitos, mucosite, dor, cansaço e fraqueza, dificultando assim a realização das atividades de vida diária dessas pacientes, conseqüentemente a sua qualidade de vida.

Analisando um estudo realizado em Antioquia, Colômbia (2010), com 220 mulheres com câncer de mama que estavam em tratamento quimioterápico, observou-se que a média de escore do domínio físico do *WHOQOL-bref* foi de 63, sendo este domínio o mais prejudicado no estudo (ZAPATA; ROMERO, 2010). Notamos que a média de escore do domínio físico é maior que a encontrada em nosso estudo. Sugerimos, portanto, que essa diferença seja explicada pela diversidade cultural e econômica existentes entre os dois países, assim como, pelo tipo tumoral e as conseqüências do tratamento.

A capacidade para o trabalho, ou no próprio domicílio ou fora dele, é diminuída, observando-se um alto número de afastamentos e licenças no período de tratamento, levando à insatisfação pessoal. Fangel e colaboradores (2013) evidenciaram em estudo realizado que mulheres com câncer de mama vivenciam alterações na capacidade funcional, o que prejudica a realização de suas atividades cotidianas e sua participação social, levando a um comprometimento da qualidade de vida.

A dor relatada pelas pacientes pode estar relacionada ao crescimento tumoral, à presença de metástases ou ao tratamento, pode sofrer influência do humor, de aspectos como expectativas e crenças, ou até surgir de outros sintomas como caquexia, anorexia e fadiga. Em estudo realizado com 182 mulheres com câncer de mama, verificamos a ocorrência de dor em 47,2% das mulheres que foi descrita como moderada e intensa por 58,1% delas (LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011).

O sono e repouso estão prejudicados devido aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico e por aspectos psicológicos como medo da morte, angústia, ansiedade, depressão, entre outros. Em estudo realizado com 50 mulheres com câncer de mama e 50 controles, na cidade de Porto Alegre (RS), verificamos que as mulheres com câncer apresentaram significativamente mais queixas de nictúria, calor e despertares noturnos, prejudicando a qualidade do sono e comprometendo a qualidade de vida dessas mulheres (EL RAFIHI-FERREIRA; PIRES; SOARES, 2012).

A fraqueza, o cansaço e a fadiga foram citados por Lamino e colaboradores (2011), Kluthcovsky (2011) e Mansano-Schlosser e Ceolim (2012), em seus estudos, como fatores que influenciam na qualidade de vida das pacientes, corroborando os dados evidenciados em nosso estudo.

Podemos inferir que a qualidade de vida das pacientes entrevistadas, no que diz respeito a seus aspectos físicos, pode sofrer influência a partir do momento em que a doença foi diagnosticada até o desfecho final, o tratamento quimioterápico; porém o tamanho amostral reduzido não nos possibilita tal afirmativa.

As perguntas relativas ao domínio psicológico tratam dos sentimentos positivos; pensar e aprender; autoestima; imagem corporal; sentimentos negativos e espiritualidade (FLECK et al., 2008).

Observamos, em nosso estudo, que o domínio psicológico do WHOQOL-*bref* apresentou um escore médio de 66,96 com desvio-padrão de 16,21, variando entre 37,5 e 87,5 no momento de pré-quimioterapia, apresentando uma queda no escore médio para 60,41 no momento de pós-quimioterapia, com desvio-padrão de 20,65, variando entre 20,83 e 87,5. Notamos que o menor escore entre todos os domínios apresentados foi encontrado no domínio psicológico no momento de pós-quimioterapia (20,83), classificando, essa paciente em específico, com uma qualidade de vida prejudicada pelo tratamento no que diz respeito aos seus sentimentos. Mesmo com dados expressivos como os que avaliamos, ainda não podemos inferir que são estatisticamente significativos e que comprometem a qualidade de vida das pacientes devido a ter apresentado  $p = 0,083$ . Isso se deve possivelmente ao número amostral reduzido.

As mulheres idealizam e elaboram uma imagem corporal envolta por aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais que afetam as emoções, pensamentos e o modo de se relacionarem com outras pessoas, influenciando de maneira significativa sua qualidade de vida. Santos e Vieira (2011) entendem que a imagem corporal envolve, além da percepção e dos sentidos, as idealizações e representações mentais que a pessoa tem dos outros e de si mesma, além de emoções e ações relativas da experiência do próprio corpo e do contato com a imagem corporal expressa por outras pessoas; assim, a imagem corporal é uma construção dinâmica do ser.

Rodrigues e Polidori (2012) evidenciaram, em seu estudo, que a alopecia é descrita pelos pacientes com câncer como o mais devastador dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico. Discutem que esse sintoma torna-se assustador na

medida em que o cabelo é parte fundamental da aparência física do paciente e sua perda afeta a autoimagem e prejudica suas relações sociais.

Em estudo realizado por Fernandes e Kimura (2010), observamos que, de forma geral, as mulheres com câncer do colo uterino, que participaram da pesquisa, avaliaram positivamente a sua qualidade de vida. No entanto, foram detectadas importantes alterações no funcionamento sexual, relacionadas ao âmbito psicossocial.

Podemos observar alguns fatores que contribuem para as alterações na qualidade de vida das mulheres com câncer ginecológico relacionadas a alterações funcionais decorrentes do tratamento, como as cirurgias pélvicas que envolvem a remoção de partes da anatomia genital feminina e a radioterapia que danifica a mucosa e o epitélio vaginal; efeitos colaterais da quimioterapia, como náusea, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mudanças de peso e alterações hormonais; fatores psicológicos que incluem crenças errôneas sobre a origem do câncer, mudanças na autoimagem, baixa autoestima, tensões matrimoniais, medos e preocupações (FERNANDES; KIMURA, 2010).

Um estudo avaliou a autoestima de 37 mulheres que haviam realizado, há pelo menos um ano, cirurgia oncológica de mama e nos revelou que 54,10% das mulheres apresentaram autoestima alta. Diferentemente do que encontramos nos demais estudos, as autoras justificam o achado baseado na média de idade das mulheres (56,11 anos); segundo a pesquisa, a autoestima tende a aumentar com o envelhecimento; ao fato de 55% delas encontrar-se num relacionamento estável e 20% haviam realizado a reconstrução mamária (GOMES; SILVA, 2013).

Analisando um estudo qualitativo que acompanhou e analisou três pacientes com câncer internados em um hospital privado na cidade de Porto Alegre (RS), observamos que os pacientes e seus familiares relataram fazer uso do otimismo, coragem, confiança, fé e pensamentos positivos para superar as dificuldades impostas pelo tratamento quimioterápico, ajudando-os com as adversidades desse processo (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

A espiritualidade, entendida como um conjunto de emoções e convicções de natureza não material, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não nos limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa, pode representar uma importante fonte de conforto e suporte, para muitas pessoas,

durante o período de sofrimento, trazendo-lhes serenidade para enfrentar as adversidades da doença (JARROS et al., 2008).

Em estudo apresentado por Panobianco e colaboradores (2012), observamos que as mulheres com câncer que participaram da pesquisa indicaram, além da adesão ao tratamento e do apoio familiar, a necessidade de outras formas de enfrentamento da doença, nesse sentido, a religião representou importante papel de apoio e suporte. Diante do acometimento pelo câncer, as mulheres, de modo geral, ficaram mais sensíveis, necessitando de proteção e se apoiaram em suas crenças religiosas e espirituais.

Outro estudo mostrou que a fé em Deus, independente da religião, proporcionou, entre as mulheres estudadas, conforto e segurança, sendo interpretada como uma estratégia para lidar com as incertezas perante a evolução do câncer. As mulheres entrevistadas indicaram o quanto se sentiam inseguras e vulneráveis, diante do futuro, e indicaram que a fé as confortava e amenizava seu sofrimento físico. A religiosidade e a espiritualidade representaram, para as entrevistadas deste estudo, um instrumento de suporte e conforto que auxiliou no enfrentamento das adversidades causadas pelo câncer e por seu tratamento (OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005).

Em relação ao domínio ambiental, as questões do WHOQOL-*bref* abordam a segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte (FLECK et al., 2008).

Notamos que o domínio ambiental apresentou escore médio de 64,50 com desvio-padrão de 16,21, variando entre 40,63 e 87,50, no momento de pré-quimioterapia e evidenciou uma queda no escore da qualidade de vida, avaliando o momento de pós-quimioterapia, onde a média do escore foi de 58,92 com um desvio-padrão de 14,02, variando entre 31,25 e 75,00. Podemos inferir, portanto, que os dados avaliados apresentaram-se marginalmente significativos estatisticamente, devido ao número amostral reduzido, com  $p = 0,066$ .

Em estudo realizado por Parra e colaboradores (2010) com 454 mulheres com câncer de mama, no que diz respeito ao motivo do não comparecimento ao serviço de saúde para reabilitação ou continuidade do tratamento, observamos que 101 (22,2%) delas citaram sua ocupação no lar como fator predisponente, e 87 (19,2%) mencionaram a dificuldade em ir até o serviço, incluindo o meio de transporte e a distância do local. Desse modo, podemos inferir que as mulheres,

mesmo em tratamento, continuam diretamente inseridas nas atividades do lar e nas relações familiares, sendo as responsáveis pelo cuidado dos componentes da família, o que justifica a ocupação, que gera a falta de tempo e os problemas familiares. Além disso, a dificuldade de transporte, a distância e outros problemas de saúde apresentados contribuem para sua falta de disposição e vontade de frequentar o serviço de saúde.

Ferreira e colaboradores (2010) realizaram um estudo avaliando o impacto familiar com a notícia do câncer em um membro da família, e observamos que a dificuldade financeira foi o principal fator mencionado como o maior problema enfrentado pela família, principalmente quando a doença afetou o membro responsável pelo sustento familiar, levando-o ao afastamento do trabalho remunerado, o que o remete a um ganho menor, proveniente de aposentadoria ou auxílio-doença.

Observamos que, no estudo realizado com 42 pacientes oncológicos que realizavam quimioterapia, com o objetivo de levantar o conhecimento desses pacientes sobre seus direitos, 45% desconheciam os benefícios; dentre os benefícios existentes, a aposentadoria foi reconhecida por 23%; 33% citaram o laudo médico como o documento mais importante; 38% tiveram acesso às informações pela mídia; 23% não haviam solicitado nenhum benefício e 31% relataram obtenção de algum benefício. Os autores inferem com esses dados que os problemas financeiros dos portadores de câncer poderiam ser minimizados se todos tivessem acesso aos seus direitos e benefícios, concedidos e assegurados por leis federais, estaduais e municipais. Entretanto, sabemos que, embora os indivíduos tenham garantias constitucionais, há uma distância entre a lei escrita e o cotidiano dos serviços de saúde (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

Analisando um estudo realizado com 12 mulheres com câncer do colo do útero realizado em um serviço ambulatorial de um Hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo, identificamos como estratégia de enfrentamento da doença a procura por informações no serviço de saúde. Observamos, com o relato das mulheres entrevistadas, a sua capacidade de superação frente a um problema, quando estas procuraram por atendimento médico, logo ao aparecimento dos sintomas. Notamos no estudo que, a partir da detecção do câncer, a forma de enfrentamento da doença ocorreu por meio da adesão ao tratamento proposto (PANOBIANCO et al., 2012). Com isso, atentamos para a importância de

informações e um acesso aos serviços de saúde adequados para um efetivo enfrentamento da doença e do tratamento pelas mulheres.

Em seu estudo, Panobianco e colaboradores (2012) relatam ainda que o lazer é um elemento importante no enfrentamento do câncer e que as mulheres entrevistadas relataram que, diante da incerteza do futuro, encontraram em uma atividade que consideraram prazerosa, seja dançando, passeando ou conversando com familiares, a oportunidade de aproveitar a vida, enquanto lhes é permitido viver. Deixaram claro sua capacidade de se reerguer e acumular forças para enfrentar o câncer e seu tratamento, contando com o apoio da família, com a crença em Deus e realizando atividades de lazer.

Avaliamos um estudo realizado com mulheres com câncer de mama e observamos que o lazer foi destacado como elemento de grande importância e repercussão na vida das mulheres, agindo como poderoso recurso terapêutico. Para elas, o lazer é uma forma de buscar a cura da doença, pois, ao se distrair, a mente ocupa-se de forma prazerosa, afastando os pensamentos persistentes e negativos quanto à doença e ao seu tratamento (PINHEIRO et al., 2008).

As questões referentes ao domínio social dizem respeito às relações pessoais, apoio e atividade sexual (FLECK et al., 2008).

Notamos, em nosso estudo, que o domínio social avaliado do WHOQOL-*bref* apresentou média de 71,42 antes do início do tratamento quimioterápico, com um desvio-padrão de 14,13, variando os escores entre 50,00 e 91,67. Avaliando o momento de pós-quimioterapia, evidenciamos que a média dos escores ficou em 72,61, com desvio-padrão de 17,73, variando os escores entre 33,33 e 100,00. Atentamos ao fato de que, apesar dos dados apresentados remeterem a importantes considerações, não podemos inferir que estes afetem consideravelmente a qualidade de vida das mulheres, em decorrência da insignificância estatística evidenciada por  $p = 0,655$ .

Interessante observar que, dentre os domínios avaliados do WHOQOL-*bref*, o domínio social foi o único em que a média dos escores no momento de pós-quimioterapia obteve um acréscimo, mesmo que pequeno, em relação à média dos escores antes de as mulheres iniciarem o tratamento quimioterápico proposto.

Outro dado interessante de se analisar é o fato de que houve uma discrepância considerável entre os valores de escores mínimo e máximo, quando avaliamos as entrevistas, no pós-tratamento. Encontramos uma paciente que

apresentou um escore baixo (33,33) do domínio social, evidenciando uma influência das questões sociais em sua qualidade de vida, comprometendo-a, como relações pessoais deficientes e falta de apoio pessoal e emocional nesse momento crítico do tratamento, insatisfação com sua atividade sexual, devido aos efeitos do tratamento quimioterápico. Em contrapartida, notamos que somente nesse domínio no momento de pós-quimioterapia que encontramos o maior valor atribuível ao domínio (100,00), evidenciando que essa paciente apresentou certa influência de questões sociais em sua qualidade de vida antes do início da quimioterapia, no entanto, com o transcorrer do tratamento, esta mesma paciente apresentou melhora de sua qualidade de vida que nos foi mostrada com o escore máximo atribuído por ela, demonstrando que não houve influência de questões sociais após o início do tratamento quimioterápico.

Estudos pesquisados e analisados nos remetem às diversas influências sociais na qualidade de vida das pacientes com câncer de mama e ginecológico, como o estudo de Cesnik e Santos (2012) que discutem sobre a interferência da cirurgia mamária sobre a sexualidade feminina e encontram uma estreita relação entre os desconfortos físicos e as dificuldades de retomada das atividades sexuais, após a cirurgia de retirada da mama. Destacam ainda que há uma alta suscetibilidade das mulheres com câncer de mama aos estressores físicos e psicossociais, contribuindo para um rebaixamento no nível de qualidade de vida dessas mulheres.

Rodrigues e Polidori (2012) discutem em seu estudo o fato de que o tratamento quimioterápico para o paciente com câncer é fator de exclusão ao convívio social vivenciado anteriormente por ele, visto que há um aumento da insegurança, já que a sociedade determina comportamentos, aparência e produtividade esperados. Abordam o fato de a doença e o tratamento poderem influenciar as experiências individuais, sendo por meio do relacionamento interpessoal que os pacientes conseguem expressar e reorganizar seus pensamentos e emoções. Inferem ainda que, junto a seus familiares, os pacientes fazem adaptações em suas vidas e buscam manter suas relações sociais.

A família, os amigos, vizinhos e pessoas próximas ao paciente com câncer, também, vivenciam o impacto com o diagnóstico e o sentimento de incerteza e impotência diante do tratamento e suas consequências. Algumas famílias renovam seus valores e tendem a unir-se para atender às necessidades imediatas, elaborar a

aceitação da doença e enfrentar as dúvidas quanto ao futuro incerto. Outras, sem saber como enfrentar tudo isso, às vezes, fragmentam-se (BARROS; LOPES, 2007).

Em estudo realizado por Panobianco e colaboradores (2012), observamos que o apoio familiar recebido foi percebido de diversas formas pelas mulheres com câncer do colo do útero, seja por meio de uma conversa, de uma orientação, da ajuda nos afazeres domésticos ou do acompanhamento para realização do tratamento. Concluímos que o importante é a família e as pessoas mais próximas mostrarem-se presentes no processo de enfrentamento, independentemente da forma de apoio que oferecem.

Ferraz (2009), utilizando o instrumento *WHOQOL-bref* para avaliar a qualidade de vida em uma amostra com 60 mulheres mastectomizadas, conclui que os resultados encontrados sugeriram que a qualidade de vida dessa amostra estava fortemente associada a fatores como atividade diária, vida sexual, alteração do sono, renda familiar e a percepção da saúde no momento da entrevista.

Analisando a qualidade de vida associada aos fatores socioeconômicos de 110 mulheres com câncer de mama que estavam em tratamento há pelo menos um ano, observamos que a idade, escolaridade e tipo de cirurgia não influenciaram a qualidade de vida nos domínios psicológico, físico, social e ambiental. As mulheres com vida sexual ativa obtiveram os maiores escores nos domínios psicológico e social e mulheres com melhor nível socioeconômico tiveram sua qualidade de vida aumentada nos domínios físico e ambiental (HUGUET et al., 2009).

### 5.3.2 *Ansiedade e depressão*

O diagnóstico do câncer e o processo da doença e seu tratamento acarretam ao paciente e a seus familiares momentos de intensa angústia, sofrimento e ansiedade, caracterizando um dos momentos mais críticos da vida de um indivíduo, principalmente pela sua significância relacionada ao sofrimento, dor e, muitas vezes, morte. No câncer de mama e ginecológico, existem outras preocupações e angústia ligadas à feminilidade, maternidade e sexualidade, já que os órgãos afetados por esse tipo de câncer são repletos de simbolismo para a mulher. Sendo assim, apenas o diagnóstico do câncer já é capaz de provocar abalos significativos, tanto físicos quanto psicológicos nas pacientes (ARCHER; HUTCHISON; KORSZUN, 2008).

Na pretensão de avaliar a existência de ansiedade e depressão nas mulheres com câncer de mama e ginecológico que se submeteram ao tratamento quimioterápico, este estudo apresenta, nas Tabelas 5 e 6, a avaliação dos escores de ansiedade e de depressão, respectivamente, encontrados nas entrevistas realizadas antes do início do tratamento quimioterápico e no terceiro ciclo do tratamento, onde podemos observar a presença dos efeitos colaterais advindos da quimioterapia antineoplásica, de acordo com o instrumento aplicado, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

Tabela 5 – Análise dos escores de ansiedade das mulheres com câncer de mama e ginecológico, conforme o instrumento HADS nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia (n=14). Uberaba (MG), 2013.

<b>Escores do HADS-Ansiedade</b>				
	Pré-QT	Pós-QT	<i>t-Student</i> pareado	<i>p</i> -valor
<b>Mínimo</b>	3,0	1,0		
<b>Média</b>	8,2	7,3		
<b>Mediana</b>	8,5	7,0	1,13	0,279
<b>Máximo</b>	13,0	16,0		
<b>Desvio-padrão</b>	3,1	3,1		
<b>Alfa de Cronbach</b>	0,55	0,80		

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

Em relação aos escores de ansiedade, apresentados pelo HADS no momento de pré-quimioterapia, observamos uma média de 8,2, com um desvio-padrão de 3,1 e apresentando valores mínimo e máximo de 3,0 e 13,0, respectivamente. Podemos inferir que as pacientes que foram diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico apresentaram níveis aumentados de ansiedade, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico. Isso se deve a inúmeros fatores como a falta de conhecimento sobre o tratamento, o medo do desconhecido, as dúvidas sobre o que irá acontecer com elas a partir daquele momento, a esperança de ficarem curadas com o tratamento. Entretanto, não podemos afirmar que esses dados apresentam significância estatística, visto que o valor de *p* foi de 0,279.

Avaliando os escores de ansiedade no momento de pós-quimioterapia, notamos que a média obteve uma redução para 7,3, com um desvio-padrão de 3,1 e valores mínimo e máximo de 1,0 e 16,0, respectivamente. Os dados nos remetem que, após o início do tratamento quimioterápico, as mulheres tenderam a uma

diminuição nos níveis de ansiedade apresentados. Interessante observar que o valor de escore máximo atribuído foi mais alto no momento de pós-quimioterapia (16,0), nos mostrando que essa paciente, em específico, apresentou um nível moderado de ansiedade no terceiro ciclo da quimioterapia, justamente quando os efeitos colaterais do tratamento começam a surgir e apresentar alterações físicas e psicológicas nas mulheres.

Esse dado observado em nosso estudo condiz com a pesquisa realizada por Nazik e colaboradores (2012) que avaliaram 41 pacientes com câncer ginecológico submetidas ao tratamento quimioterápico, a fim de determinar o nível de ansiedade apresentado por elas. Concluíram que as pacientes entrevistadas apresentaram um nível moderado de ansiedade, com correlação significativamente estatística quando relacionados aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico. Com isso, os autores discutem a necessidade de intervenções apropriadas para avaliação e melhoria da ansiedade e os sintomas relacionados ao tratamento do câncer.

Tabela 6 – Análise dos escores de depressão das mulheres com câncer de mama e ginecológico, conforme o instrumento HADS nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia (n=14). Uberaba (MG), 2013.

<b>Escores do HADS-Depressão</b>				
	Pré-QT	Pós-QT	<i>t-Student</i> pareado	<i>p</i> -valor
<b>Mínimo</b>	1,0	2,0		
<b>Média</b>	6,5	6,9		
<b>Mediana</b>	6,5	7,0	-0,70	0,494
<b>Máximo</b>	12,0	15,0		
<b>Desvio-padrão</b>	3,7	3,7		
<b>Alfa de Cronbach</b>	0,72	0,86		

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

Analisando os escores referentes à depressão apresentados pelo instrumento HADS, podemos observar que a média do escore, antes do início do tratamento quimioterápico, foi de 6,5, com um desvio-padrão de 3,7, apresentando valores mínimo e máximo de 1,0 e 12,0, respectivamente. Podemos inferir que as pacientes, em média, não apresentaram sintomas de depressão antes do início do tratamento, devido o valor de *p* ser de 0,494.

Em relação aos escores de depressão avaliados no momento de pós-quimioterapia, temos que a média foi de 6,9, com um desvio-padrão de 3,7 e valores

mínimo e máximo de 2,0 e 15,0, respectivamente. Notamos que uma paciente apresentou um escore alto de depressão (15,0), classificando uma depressão moderada em curso, visto que, com o transcorrer do tratamento quimioterápico, as angústias, medos e ansiedade vão se dissipando e dão espaço ao sintoma de depressão, medo da morte e comprometimentos físicos devido aos efeitos colaterais dos quimioterápicos. Não foram observadas mudanças significativas nas médias dos escores de depressão, antes do início do tratamento e após o terceiro ciclo de quimioterapia. Os dados nos remetem que, o diagnóstico médico do câncer e o tratamento quimioterápico proposto não influenciam, de forma significativa, na incidência de depressão nas mulheres com câncer de mama e ginecológico.

De acordo com Baptista, Santos e Dias (2006), as pacientes que apresentam distúrbios depressivos se sentem incapazes de agir corretamente devido a fatores como baixa autoestima, adotando atitudes que provocam o sofrimento. Sintomas de desânimo, desesperança e tristeza influenciam o controle das emoções com tendência à depressão.

Ell e colaboradores (2005), em estudo realizado nos Estados Unidos, avaliaram a prevalência de depressão em mulheres com diagnóstico de câncer de mama e ginecológico e correlacionaram tal quadro a outros sintomas como dor, ansiedade, características sociodemográficas e suporte social. Em seus resultados, observaram que a depressão aparece como comorbidade em aproximadamente 24% das pacientes. Os sintomas de depressão foram prevalentes, sobretudo, em mulheres de baixa renda e que apresentaram baixo suporte social.

Ostacoli e colaboradores (2011) realizaram um estudo com 173 pacientes com câncer em tratamento quimioterápico para avaliarem a prevalência do distúrbio pós-traumático de estresse, da ansiedade, da depressão e da qualidade de vida em relação à prevalência desses sintomas na população em geral. Observaram que a prevalência dos distúrbios psicológicos na população com diagnóstico de câncer se apresentou significativamente maior em relação à da população em geral. Inferimos com esses dados que há uma necessidade de intervenção profissional, na forma de consulta e acompanhamentos, para com os pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.

Podemos observar, na discussão dos estudos publicados, que a incidência de fatores psicológicos, como a ansiedade e a depressão, influencia não somente a adesão ao tratamento quimioterápico e o surgimento dos efeitos colaterais desse

tratamento, mas também a resposta dos pacientes quanto ao diagnóstico do câncer, à realização de cirurgias mutiladoras, à necessidade de tratamentos complementares, como a radioterapia, às condições sociodemográficas e econômicas da população em estudo, ao apoio familiar, entre outros fatores.

Associando nossos dados aos estudos citados, observamos resultados e conclusões diferenciadas. Notamos nos estudos publicados que a prevalência dos sintomas de depressão e ansiedade relacionados ao tratamento quimioterápico são recorrentes. Podemos atribuir aos achados diferentes em nosso estudo, fatores como o reduzido tamanho amostral que foi alcançado devido ao ínfimo espaço de tempo para realizar a coleta de dados e, culturas, crenças e condições socioeconômicas diferenciadas, variando de região para região e, principalmente, de país para país.

Com base na avaliação das médias dos escores de ansiedade e depressão já demonstrados, apresentaremos, nas Tabelas 7 e 8, a presença de ansiedade e depressão nas mulheres com câncer de mama e ginecológico, antes do início do tratamento quimioterápico e após o tratamento.

Tabela 7 – Presença de ansiedade nas mulheres com câncer de mama e ginecológico, conforme o instrumento HADS nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia (n=14). Uberaba (MG), 2013.

<b>Ansiedade</b>						
<b>Pré-QT</b>	<b>Pós-QT</b>					
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>Total</b>	
	<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	6	42,8	3	21,5	9	64,3
<b>Não</b>	1	7,1	4	28,6	5	35,7
<b>Total</b>	7	50,0	7	50,0	14	100

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

Podemos observar que, das nove (64,3%) pacientes que apresentaram ansiedade, antes do início do tratamento quimioterápico, seis (42,8%) delas continuaram a apresentar esse sintoma após o tratamento e apenas uma (7,1%), que não havia apresentado ansiedade, desenvolveu esse distúrbio psicológico no momento de pós-quimioterapia. Notamos que quatro (28,6%) das pacientes entrevistadas não apresentaram o sintoma de ansiedade em nenhum dos momentos avaliados e que três (21,5%) delas haviam apresentado ansiedade no momento de

pré-quimioterapia, passando a não serem mais acometidas por esse distúrbio, após o tratamento.

Tabela 8 – Presença de depressão nas mulheres com câncer de mama e ginecológico, conforme o instrumento HADS nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia (n=14). Uberaba (MG), 2013.

Depressão						
Pré-QT	Pós-QT					
	Sim		Não		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
<b>Sim</b>	4	28,6	2	14,3	6	42,9
<b>Não</b>	2	14,3	6	42,8	8	57,1
<b>Total</b>	6	42,9	8	57,1	14	100

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

Observamos que, das seis (42,9%) pacientes que apresentaram o sintoma de depressão, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico, quatro (28,6) delas continuaram apresentando esse distúrbio após o tratamento, e duas (14,3%) pacientes que não haviam obtido escore sugestivo de depressão no momento de pré-quimioterapia passaram a sofrer desse sintoma no pós-quimioterapia. Atentamos ao fato de que, em outras seis (42,8%) pacientes, não foi observado escore sugestivo de depressão nos momentos de pré e pós-quimioterapia, e duas (14,3%) das pacientes que apresentaram depressão, antes do início do tratamento, passaram a não apresentar esse sintoma no momento de pós-quimioterapia.

Com intuito de avaliar a prevalência de depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento num ambulatório terciário de mastologia, na cidade de Palmas (TO), Santos Júnior e colaboradores (2010) entrevistaram 25 mulheres utilizando os instrumentos Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e o questionário de qualidade de vida (WHOQOL-bref). Analisando os resultados apresentados, constatamos que os dados apontam que sete pacientes apresentaram ansiedade, e quatro pacientes apresentaram depressão, sendo 28% e 16%, respectivamente. Os autores sugerem que os eventos estressantes podem ter influência sobre o surgimento do câncer de mama, e que os fenômenos psicológicos de depressão e ansiedade necessitam de uma melhor avaliação quanto à utilização dos instrumentos de levantamento de dados nas pesquisas realizadas.

Em estudo realizado com 102 pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico em um Hospital Universitário, verificaram-se a presença de depressão e a adesão ao tratamento quimioterápico. Observamos com a exposição dos resultados que 10,8% e 1,9% dos participantes apresentaram depressão moderada e grave, respectivamente; havendo associação estatisticamente significativa entre a presença de depressão e as variáveis renda *per capita*, número de cirurgias e tempo de doença. Notamos no estudo a falta de adesão ao tratamento em 48% dos participantes. Esses resultados indicam a necessidade de treinamento da equipe de saúde para detectar transtornos depressivos e falta de adesão ao tratamento com quimioterápicos entre pacientes oncológicos (SOUZA et al., 2013).

Burgess e colaboradores (2005) avaliaram a presença de depressão e ansiedade em 222 mulheres com câncer de mama em fase inicial. A prevalência de depressão e ansiedade foi em torno de 33% durante o diagnóstico, 24% três meses após o diagnóstico e de 15% no primeiro ano, o que revela a tendência a diminuir, ao longo do tratamento, a presença de depressão e ansiedade.

As pesquisas publicadas acerca do comprometimento dos pacientes oncológicos com sintomas de ansiedade e depressão, durante o tratamento do câncer, nos revelam dados diferentes dos que encontramos em nosso estudo. Encontramos na diferença a necessidade de aprofundar nossos conhecimentos no assunto, a ponto de interferir nesses sintomas, tornando a descoberta do câncer e todo seu processo de tratamento mais tolerável aos pacientes.

#### 5.4. CORRELAÇÃO ENTRE OS ESCORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E OS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA NAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO

O estresse físico e psicológico atribuído ao diagnóstico do câncer contribui para o surgimento de distúrbios afetivos e emocionais, como a ansiedade e depressão, os quais interferem na qualidade de vida. O estado físico das pacientes com câncer de mama tem um impacto direto nos sintomas psicológicos (MONTI; MAGO; SHAKIN, 2005).

Ressaltamos que, para a realização da análise dos dados, utilizamos o valor pressuposto por Cohen (1988) para classificar o coeficiente de correlação de Pearson relacionado à sua intensidade: fraca ( $0 \leq r < 0,3$ ), moderada ( $0,3 \leq r < 0,5$ ) e

forte ( $0,5 \leq r \leq 1$ ). O nível de significância para todos os procedimentos inferenciais foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 9 – Correlação de *Pearson* entre os escores de ansiedade e depressão e os domínios de qualidade de vida nas mulheres com câncer de mama e ginecológico nos momentos de pré-quimioterapia e pós-quimioterapia (n=14). Uberaba (MG), 2013.

Domínios	*	Ansiedade		Depressão	
		Pré-QT	Pós-QT	Pré-QT	Pós-QT
<b>Físico</b>	r	-0,46	-0,03	-0,70	-0,53
	p-valor	0,099	0,915	0,006	0,050
<b>Psicológico</b>	r	-0,74	-0,62	-0,83	-0,90
	p-valor	0,002	0,018	0,000	0,000
<b>Social</b>	r	-0,23	-0,52	-0,34	-0,47
	p-valor	0,436	0,055	0,235	0,086
<b>Ambiental</b>	r	-0,81	-0,62	-0,74	-0,80
	p-valor	0,000	0,017	0,002	0,001

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

\*r = coeficiente de correlação de *Pearson*

\*p-valor = significância estatística

A Tabela 9 nos mostra que, de acordo com o coeficiente de correlação de *Pearson* (r), ao correlacionar o domínio físico do WHOQOL-bref com os escores de ansiedade apresentados pelas pacientes antes do início do tratamento quimioterápico, observamos a existência de uma relação linear negativa e de intensidade moderada ( $r = -0,46$ ) entre as variáveis. À medida que o escore de ansiedade apresentado pelas mulheres aumenta, o escore da qualidade de vida diminui, porém, sem significância estatística ( $p = 0,099$ ). Avaliando o domínio físico com os escores de ansiedade, apresentados no pós-quimioterapia, observamos a existência de uma relação linear negativa não significativa entre as variáveis e de fraquíssima intensidade ( $r = -0,03$ ;  $p = 0,915$ ).

De acordo com dados evidenciados, observamos que o sintoma de ansiedade, tanto no momento de pré quanto no pós-quimioterapia, não influenciou significativamente a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e

ginecológico em relação à dor e ao desconforto, à energia e fadiga, ao sono e repouso, à mobilidade, às atividades da vida cotidiana, à dependência de medicação e à capacidade para o trabalho (domínio físico do WHOQOL-*bref*), embora no momento de pré-quimioterapia tenha havido uma correlação mais evidente quando comparado a do momento pós-quimioterapia.

Correlacionando os escores do domínio físico do WHOQOL-*bref* com os escores de depressão apresentados pelas pacientes, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico, notamos que as variáveis estão forte e negativamente correlacionadas ( $r = -0,70$ ), e os dados são significativamente estatísticos, visto o  $p$  ser de 0,006. Avaliando o momento de pós-quimioterapia, observamos que há também uma relação linear negativa e de intensidade forte entre as variáveis, sendo significativamente estatística a sua apresentação ( $p = 0,050$ ).

Podemos afirmar que, entre as mulheres, a presença de depressão influenciou significativamente a qualidade de vida, tanto no momento de pré quanto no de pós-quimioterapia, no que diz respeito ao domínio físico. Portanto, na medida em que o escore de depressão aumentou, o escore de qualidade de vida diminuiu, numa relação inversamente proporcional.

Concluimos com a análise desses dados que as mulheres mantiveram um nível de ansiedade que não influenciou sua qualidade de vida, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico e após seu início, e que o sintoma de depressão apresentou influência na qualidade de vida delas, mesmo antes do tratamento quimioterápico, relacionado ao domínio físico do instrumento WHOQOL-*bref*.

Um estudo realizado com mulheres chinesas com câncer de mama identificou que alterações nos fatores psicológicos como ansiedade, angústia e depressão proporcionaram um impacto significativo no estado físico e funcional das mulheres, porém, o mesmo não ocorreu no estado social da qualidade de vida. Isto implica que a presença de ansiedade e depressão está mais ligada aos sintomas, ou fatores do tratamento ou perda de habilidades do que aos relacionamentos sociais e familiares (WING; WONG, 2007).

Analisando o domínio psicológico do instrumento WHOQOL-*bref* e os escores de ansiedade, antes do início do tratamento quimioterápico, verificamos a existência de uma relação linear negativa e de forte intensidade ( $r = -0,74$ ), portanto as variáveis, ansiedade e domínio psicológico da qualidade de vida no momento de pré-quimioterapia, são estatisticamente dependentes. De acordo com o escore do  $p$

(0,002), podemos afirmar que esses dados apresentam significância estatística. Com isso, observamos que, quanto maior o escore de ansiedade no momento de pré-quimioterapia, menor o escore do domínio psicológico da qualidade de vida. Avaliando essas mesmas variáveis agora no momento de pós-quimioterapia, temos a existência também de uma relação linear negativa e de forte intensidade ( $r = -0,62$ ), com  $p$  de 0,018, o que nos permite observar a influência da ansiedade no domínio psicológico da qualidade de vida também após o tratamento.

Observando o coeficiente de correlação de *Pearson* relacionado aos escores das variáveis, depressão e domínio psicológico, tanto no momento de pré quanto no de pós-quimioterapia ( $r = -0,83$  e  $r = -0,90$ , respectivamente), notamos a existência de uma relação linear negativa e de intensidade forte entre as variáveis analisadas, com a ocorrência de um  $p$  de 0,000 nos dois momentos das entrevistas (pré e pós-quimioterapia), tornando essas variáveis estatisticamente dependentes entre si e de significância estatística, quando comparadas com a população no geral.

Os dados analisados nos mostram que a presença dos sintomas de ansiedade e de depressão nas mulheres com câncer de mama e ginecológico, antes do início do tratamento quimioterápico e após o tratamento, influencia significativamente na redução da qualidade de vida dessas mulheres no que diz respeito a fatores relacionados aos sentimentos positivos, pensar e aprender, autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos e espiritualidade que fazem parte do domínio psicológico do instrumento *WHOQOL-bref*.

Nossos achados corroboram o estudo publicado por Menezes; Schulz e Peres (2012), que analisou o impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama, a partir dos relatos apresentados espontaneamente por mulheres acometidas pela doença, durante as sessões de um grupo de apoio. Foram selecionadas 18 sessões do referido grupo, das quais, no total, participaram 93 mulheres. Os resultados obtidos apontam que o diagnóstico do câncer de mama causou, entre uma parcela expressiva das participantes, um impacto psicológico importante, uma vez que desencadeou experiências de surpresa e tensão, ensejou demonstrações de aceitação e força, motivou tentativas de explicação, redefiniu relacionamentos e intensificou o recurso à religiosidade. Os autores discutem a necessidade de aperfeiçoamento da assistência psicológica oferecida a essa população.

Em relação ao domínio social do instrumento *WHOQOL-bref* e sua correlação com os sintomas de ansiedade e depressão apresentados pelas pacientes, notamos

que os escores de ansiedade aferidos no momento de pós-quimioterapia apresentaram uma relação linear negativa e de intensidade, tendenciando à moderada ( $r = -0,52$ ), o que nos indica uma leve dependência entre essas variáveis. Analisando o  $p$  (0,055) encontrado na análise dos dados das variáveis mencionadas, podemos referir que a associação em questão possui uma marginal significância estatística.

Diferentemente do que analisamos no pós-quimioterapia, observamos que, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico, a relação entre o domínio social e os escores de ansiedade apresentados foi negativa e de fraca intensidade. Avaliando o  $p$  (0,436) encontrado, notamos que essa relação não apresenta significância estatística. Associações parecidas foram encontradas com relação à influência dos escores de depressão no domínio social da qualidade de vida. Obtivemos uma relação linear negativa de moderada intensidade ( $r = -0,34$ ), porém não apresentando significância estatística, de acordo com o  $p$  de 0,235, antes do início do tratamento quimioterápico. Analisando essas variáveis, no pós-quimioterapia, observamos que os escores de depressão continuaram não influenciando o domínio social, com dados evidenciando uma relação linear negativa de moderada intensidade e  $p$  de 0,086, não representando significância estatística para a análise.

Podemos concluir com o exposto acima que, apesar de apresentar uma relação inversamente proporcional entre as variáveis ansiedade e depressão relacionadas ao domínio social do instrumento WHOQOL-*bref*, essa relação não influencia significativamente a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e ginecológico, tanto antes do início do tratamento quimioterápico quanto após tratamento realizado. Notamos que sintomas de ansiedade e depressão não interferem na qualidade de vida das mulheres entrevistadas, no que diz respeito às relações pessoais desenvolvidas, ao apoio recebido e a suas atividades sexuais.

O estudo de Karakoyun-Celik e colaboradores (2009), realizado na Turquia, procurou avaliar mulheres, após realizarem um tratamento de câncer de mama, para a aferição dos seus níveis de ansiedade e depressão, avaliação do enfrentamento da doença e da qualidade de vida dessas pacientes. Encontraram 19% das pacientes com depressão e 98,5% com algum grau de ansiedade. Observaram, também, que os níveis de ansiedade e depressão foram maiores à medida que as pacientes possuíam baixo suporte social. Inferimos com o estudo que, para a realização de intervenções psicológicas, é necessário considerar o contexto

psicossocial no qual as pacientes estão inseridas, focalizando também a melhora do suporte social, diminuindo a sensação de isolamento e proporcionando-lhes melhor compreensão de seus sentimentos e emoções.

Em estudo realizado com 21 pacientes com diagnóstico de câncer de mama em um Centro Oncológico na cidade de Ribeirão Preto (SP), ao serem avaliados os escores médios obtidos nos domínios da qualidade de vida, foi verificado que, após três meses de tratamento quimioterápico, os domínios de função cognitiva e função social avaliados mostraram diferença estatisticamente significativa, com diminuição das médias, demonstrando um decréscimo nessas funções (MACHADO; SAWADA, 2008).

Notamos, nos estudos apresentados acima, uma não concordância com os dados encontrados em nossa pesquisa. Devemos levar em consideração o nosso tamanho amostral reduzido, não podendo generalizar para a população no geral esses achados.

Analisando o domínio ambiental da qualidade de vida em relação à influência sofrida pelos escores de ansiedade, antes do início do tratamento quimioterápico proposto, notamos uma relação linear negativa e de intensidade forte ( $r = -0,81$ ), demonstrando que essas variáveis são estatisticamente dependentes. O  $p$  (0,000) encontrado nos evidencia uma forte significância estatística entre as variáveis analisadas. Observamos o mesmo comportamento estatístico, quando relacionamos essas variáveis, no momento de pós-quimioterapia, com a presença de uma relação linear negativa e de forte intensidade ( $r = -0,62$ ) entre elas e de significância estatística ( $p = 0,017$ ).

Verificando a influência dos escores de depressão no domínio ambiental da qualidade de vida, observamos uma relação linear negativa e de intensidade forte tanto antes de iniciarem o tratamento quimioterápico quanto após o tratamento realizado ( $r = -0,74$  e  $r = -0,80$ , respectivamente). Podemos afirmar que as variáveis analisadas são estatisticamente dependentes, devido o  $p$  ser de 0,002 no momento de pré-quimioterapia e de 0,001 no pós-tratamento quimioterápico, remetendo a uma forte significância estatística.

Observamos, com base nos achados estatísticos que, o aumento nos escores de ansiedade e depressão apresentados, acarretou em uma diminuição na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e ginecológico, no que diz respeito a aspectos ambientais como segurança física, ambiente no lar, recursos

financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte (FLECK et al., 2008).

Em estudo realizado com 181 pacientes, a fim de avaliar os níveis de ansiedade e depressão pré-cirúrgica em mulheres com câncer de mama ou ginecológico, observamos que 56,9% apresentavam câncer de mama e 13,3% referiram não ter informações sobre a cirurgia a que iriam se submeter. Observamos que 32,6% referiram o momento da quimioterapia como sendo o mais difícil do tratamento. Verificamos que 44,8% das participantes apresentavam sintomas de ansiedade nas categorias moderado e grave e 31,5%, sintomas de depressão nas categorias moderado e grave. Contudo, os autores relatam que as pacientes que não apresentaram conhecimento sobre a cirurgia tinham maiores escores de depressão (média de depressão = 7,2), em relação aos pacientes que apresentaram conhecimento sobre a cirurgia (média de depressão = 4,6). Com isso, concluímos que as pacientes mais jovens possuem maiores escores de ansiedade, sendo que esta diminui com o aumento da idade e que pacientes que não apresentam conhecimento sobre a cirurgia demonstram maiores escores de depressão. Podemos inferir, com os dados apresentados, a importância de acompanhamento profissional para proporcionar às pacientes um melhor conhecimento e enfrentamento de sua doença (GORAYEB et al., 2012).

Notamos no estudo evidenciado acima e nos dados encontrados em nossa pesquisa que o nível e a qualidade das informações que estão disponíveis para os pacientes oncológicos influenciam, sobremaneira, na qualidade de vida e na adesão ao tratamento proposto. É de fundamental importância que os profissionais da área da saúde que estão em contato constante com essa clientela possuam conhecimentos específicos na área e que se mantenham sempre informados sobre as atualizações no campo para que os pacientes possam sentir segurança com a sua abordagem.

Um estudo realizado em Portugal comparou os níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres com diagnóstico recente de câncer de mama e também pacientes que já tinham sido submetidas ao tratamento dessa doença. Os autores identificaram que mulheres com diagnóstico recente apresentaram níveis de ansiedade e depressão maiores que as pacientes que já haviam finalizado o tratamento, afetando, de maneira estatisticamente considerável, a qualidade de vida dessas pacientes. Quando comparados, verificaram que os

níveis de ansiedade encontrados em todas as pacientes demonstraram ser bem maiores do que os níveis de depressão (MOREIRA; SILVA; NAVARRO, 2008).

Avelar e colaboradores (2006) avaliaram 85 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, antes da realização da cirurgia, e 64 delas responderam ao mesmo questionário seis semanas após a realização da cirurgia. Os piores escores da qualidade de vida encontrados estiveram significativamente associados com a ansiedade e a depressão. Observamos que a ansiedade obteve uma relação significativa com a depressão. Os autores nos mostram, ainda, uma melhora significativa nos escores da qualidade de vida, ansiedade e depressão após realização da cirurgia em relação ao momento pré-operatório. Apesar da melhora significativa das taxas de ansiedade e depressão após a cirurgia, esses sintomas se mantiveram numa frequência elevada nessas mulheres (25% ansiosas e 14% deprimidas). Concluimos, portanto, que a qualidade de vida tende a melhorar nas primeiras semanas após a cirurgia em mulheres com câncer de mama, e estas devem permanecer em constante avaliação durante o período de tratamento quimioterápico para verificar a evolução desses sintomas.

Com as análises realizadas, concluimos que, à medida que os escores de ansiedade e depressão apresentados pelas mulheres com câncer de mama e ginecológico aumentavam, evidenciava-se uma diminuição da sua qualidade de vida em relação aos domínios psicológico e ambiental quando avaliadas antes do início do tratamento quimioterápico e uma diminuição da qualidade de vida relacionada aos domínios físico, psicológico e ambiental, quando avaliadas após o terceiro ciclo de quimioterapia. Somente o domínio social da qualidade de vida não sofreu influência significativa dos sintomas de ansiedade e depressão, nos dois momentos analisados.

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou analisar a ansiedade, depressão e a qualidade de vida de mulheres, com câncer de mama e ginecológico, submetidas ao tratamento quimioterápico. Com o intuito de conhecer melhor os sujeitos da entrevista, realizou-se a caracterização sociodemográfica e clínica, e de acordo com os objetivos da pesquisa, buscou-se a identificação da influência das variáveis, ansiedade e depressão, na qualidade de vida.

O grupo de sujeitos (n=16) foi composto principalmente por mulheres entre 41 e 60 anos (56,3%), com companheiro fixo, católicas, com renda mensal individual de até um salário-mínimo. Interessante observar a prevalência na amostra da mesma quantidade de mulheres com baixa escolaridade (um a quatro anos de estudo) e com nível de escolaridade satisfatório (nove a onze anos), o que condiz com um grupo heterogêneo em relação ao grau de entendimento das informações fornecidas.

A maioria das mulheres apresentou câncer de mama ou do colo do útero; a grande maioria (75%) havia realizado algum tipo de cirurgia, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico; algumas haviam realizado como tratamento complementar a radioterapia e 62,5% delas utilizaram derivados platínicos como protocolo quimioterápico.

Avaliamos 14 mulheres em relação aos efeitos colaterais apresentados do tratamento quimioterápico e quanto à presença de ansiedade e depressão e sua influência na qualidade de vida, devido ao fato de terem ocorrido um óbito e uma desistência do tratamento. Todas apresentaram fraqueza/cansaço após administração de quimioterapia, e a grande maioria apresentou também vômitos e alopecia.

Quanto à qualidade de vida, as menores médias observadas, tanto no início do tratamento quanto fim do tratamento, foram do domínio físico. Houve, também, um comprometimento importante dos domínios psicológico e ambiental, porém os dados analisados não foram estatisticamente significantes.

Observando os escores de ansiedade, concluímos que as pacientes apresentaram níveis aumentados de ansiedade, antes de iniciarem o tratamento quimioterápico, apresentando uma diminuição nos escores de ansiedade, após o tratamento.

Concluimos que as pacientes avaliadas, em média, não apresentaram sintomas de depressão, antes do início do tratamento, e não foram observadas mudanças significativas nas médias dos escores de depressão, após o tratamento quimioterápico.

Este estudo permitiu concluir ainda que à medida que os escores de ansiedade e depressão apresentados pelas mulheres aumentavam, evidenciava-se uma diminuição da sua qualidade de vida em relação aos domínios psicológico e ambiental, quando avaliadas antes do início do tratamento quimioterápico e uma diminuição da qualidade de vida relacionada aos domínios físico, psicológico e ambiental, quando avaliadas após o tratamento. Somente o domínio social da qualidade de vida não sofreu influência significativa dos sintomas de ansiedade e depressão, nos dois momentos analisados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida tem se apresentado como um importante fator de medida de resultados em estudos clínicos. Pensando nisso, notamos a necessidade da realização de avaliações, dessa vertente, no início do tratamento quimioterápico e após a administração da quimioterapia, a fim de proporcionar resultados de acompanhamento, com vistas a uma atuação eficiente e eficaz da equipe de saúde na melhoria dos aspectos da qualidade de vida das pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.

Essa abordagem deve ser realizada de forma cuidadosa e perspicaz, no intuito de detectar alterações relevantes na vida de cada paciente, levando em consideração o fato de que os dados encontrados poderão afetar os resultados e conclusões da pesquisa realizada.

Transtornos de origem psicológica, como a ansiedade e a depressão, têm sido supostamente associados a uma diminuição da qualidade de vida de mulheres com câncer que se submetem ao tratamento quimioterápico.

Conhecer, portanto, essas complicações auxilia a equipe de saúde no planejamento de uma assistência que visa à diminuição desses sintomas, bem como estratégias que melhorem as funções, pensamentos e agir dessas pacientes, desde o diagnóstico da doença até a escolha e concretização do tipo de tratamento.

Para coleta dos dados, foi utilizado o instrumento de análise da qualidade de vida *WHOQOL-bref*. Observamos uma boa aceitação e nenhum nível de dificuldade no preenchimento do instrumento, além da fidedignidade das respostas, o que nos induz a concluir que esse instrumento é de boa avaliação pela clientela escolhida.

Observamos, na literatura pesquisada, muitos instrumentos de análise para determinar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com algum tipo de doença, porém, o mais utilizado foi a HADS que demonstrou ser um instrumento de fácil entendimento e rápido preenchimento. No entanto, como fator limitante, notamos o fato de as perguntas, de como os sujeitos têm se sentido, abrangerem somente a última semana, o que pode restringir sentimentos outrora apresentados.

Para o enfermeiro que atua na área da oncologia, o conhecimento das drogas, o modo de administração e possíveis efeitos colaterais provocados poderão auxiliá-lo no desenvolvimento de estratégias de intervenção que possam garantir

uma assistência qualificada, a fim de minimizar o surgimento de transtornos decorrentes do tratamento.

Consideramos como limitação deste estudo o número reduzido de sujeitos. Apesar disso, a grande maioria dos resultados encontrados corroborou os da literatura pesquisada, apresentando significância estatística considerável. Com isso, observamos a importância de estudos dessa natureza que identificam a influência de transtornos psicológicos na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama e ginecológico que se submetem ao tratamento quimioterápico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, J.M. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.94-101, 2009.
- ARCHER, J.; HUTCHISON, I.; KORSZUN, A. Mood and malignancy: head and neck cancer and depression. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Oxford, v.37, n.5, p.1665-76, 2008.
- AVELAR, A.M.A et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.15, n.1, p.11-20, 2006.
- BAPTISTA, M.N.; SANTOS, K.M.; DIAS, R.R. Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.24, n.44, p.27-36, 2006.
- BÁREZ, M. et al. Perceived control and psychological distress in women with breast cancer: a longitudinal study. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v.32, p.87-196, 2009.
- BARROS, D.O.; LOPES, R.L.M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, p.295-8, 2007.
- BASTOS, A.C. **Ginecologia**. 11 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- BERTAN, F.C.; CASTRO, E.K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.40, n.3, p.366-72, 2009.
- BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012.
- BOTEGA, N.J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.5, p.355-63, 1995.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BURILLE, A. et al. Manejo e enfrentamento dos efeitos adversos pelos clientes em tratamento quimioterápico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, suplemento 2, 5 telas, 2008.

BURGESS, C. et al. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observation cohort study. **British Medical Journal**, London, v.330, p.702-9, 2005.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-77, 2000.

CASTRO, M.M.C. et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.56, n.5, p.470-7, 2006.

CESNIK, V.M.; SANTOS, M.A. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.46, n.4, p.1001-8, 2012.

CHINTAMANI et al. The correlation of anxiety and depression levels with response to neoadjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. **Journal of the Royal Society of Medicine**, London, v.15, n.2, 5 telas, 2011.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2ª ed, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

CONDE, D.M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.195-204, 2006.

DANTAS, R.A.S; SAWADA, N.O; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das Universidades Públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-8, 2003.

DUVAL, P.A. et al. Caquexia em pacientes oncológicos internados em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.56, n.2, p.207-12, 2010.

ELL, K. et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v.23, n.13, p.3052-60, 2005.

EL RAFIHI-FERREIRA, R.; 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**, Porto Alegre, v.25, n.3, p.506-13, 2012.

FANGEL, L.M.V. et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.1, p.93-100, 2013.

FERNANDES, W.C.; KIMURA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, 08 telas, 2010.

FERRAZ, A.M.N. **Avaliação de qualidade de vida de mulheres mastectomizadas**. 2009. 65 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FERREIRA, N.M.L. et al. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n.2, p.269-77, 2010.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.2, p.198-205, 1999.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p.178-83, 2000.

GASPERIN, S.I.; BOING, A.F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1312-22, 2011.

GOMES, N.S.; SILVA, S.R. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.2, p.509-16, 2013.

GONÇALVES, M.; GIGLIO, J.S.; FERRAZ, M.P.T. Estudo dos sintomas depressivos em pacientes após diagnóstico de neoplasia mamária. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.60, n.11, p.858-9, 2003.

GORAYEB, B. et al. Ansiedade e depressão pré-cirúrgica numa enfermagem de ginecologia oncológica e mastologia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v.13, n.2, p.145-56, 2012.

GOZZO, T.O. et al. Toxicidade dermatológica em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.4, 07 telas, 2010.

GOZZO, T.O. et al. Ocorrência de neutropenia em mulheres com câncer de mama durante tratamento quimioterápico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.6, p.810-4, 2011.

GUIMARÃES, A.G.C.; ANJOS, A.C.Y. Caracterização sociodemográfica e avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.4, p.581-92, 2012.

HAUSEN, Z.H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. **Nature Reviews Cancer**, London, v.2, n.5, p.342-50, 2002.

HESPANHOL, F.L. et al. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1085-94, 2010.

HOFMAN, M. et al. Cancer related fatigue: the scale of the problem. **The oncologist**, Dayton, v.12, n.1, p.4-10, 2007.

HUGUET, P.R. et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.61-7, 2009.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human papillomaviruses. **Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans**, v.90, p.1-636, 2007. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/mono90.pdf>> Acesso em: 16 janeiro 2013.

JANZ, N.K. et al. Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. **Quality of Life Research**, Miami, v.14, n.6, p.1467-79, 2005.

JARROS, R.B. et al. Estudo bibliométrico da produção brasileira na interface da psicologia com espiritualidade-religiosidade. **Psic: Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v.9, n.2, p.251-8, 2008.

JORGE, L.L.R., SILVA, S.R. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.5, 7 telas, 2010.

JUVER, J.P.S.; VERÇOSA, N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.58, p.287-98, 2008.

KARAKOYUN-CELIK, O. et al. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. **Medical Oncology**, Totowa, v.27, p.108-13, 2009.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava, v.1, n.1, p.13-5, 2007.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. **Fadiga e qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama após um ano do diagnóstico**. 2011. 158 f. Tese (Doutorado em Medicina Interna) – Medicina Interna e Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

LAMINO, D.A.; MOTA, D.D.C. F.; PIMENTA, C.A.M. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.508-14, 2011.

LEITE, F.M.C. et al. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.2, p.211-17, 2012.

MACHADO, S.M.; SAWADA, N.O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.750-7, 2008.

MAGALHÃES FILHO, L.L. et al. Impacto da avaliação pré-anestésica sobre a ansiedade e a depressão dos pacientes cirúrgicos com câncer. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.56, n.2, p.126-36, 2006.

MANSANO-SCHLOSSER, T.C.; CEOLIM, M.F. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.3, p.600-7, 2012.

MALUF, M.F.M.; JO, M.L.; BARROS, A.C.S.D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.149-54, 2005.

MARCOLINO, J.A.M. et al. Escala Hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.57, n.1, p.52-62, 2007.

MENDONÇA, A.B.; GONÇALVES, Q.C.; SILVA, S.R. Estudo da dor em pacientes portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.9, n.1, p.41-6, 2005.

MENEZES, N.N.T.; SCHULZ, V.L.; PERES, R.S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.17, n.2, p.233-40, 2012.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MOHALLEM, A.G. da C.; RODRIGUES, A.B.; orgs. **Enfermagem oncológica**. Barueri, SP: Manole, 2007.

MONTI, D.A.; MAGO, R.; KUNKEL, E.J.S. Practical geriatrics: depression, cognition and anxiety among postmenopausal women with breast cancer. **Psychiatric Services**, Washington, v.56, n.11, p.1353-5, 2005.

MOREIRA, H.; SILVA, S.; CANAVARRO, M.C. Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v.9, n.1, p.165-84, 2008.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Common Toxicity Criteria Manual, version 2.0**. 1999. Disponível em: [http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic\\_application/docs/ctcmanual\\_v4\\_10-4-99.pdf](http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_application/docs/ctcmanual_v4_10-4-99.pdf). Acesso em: 17 maio 2012.

NAZIK, E. et al. Anxiety and symptom assessment in Turkish gynecologic cancer patients receiving chemotherapy. **Asian Pacific Journal of Cancer Preventions**, Coreia, v.13, n.7, p.3129-33, 2012.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; GALVÃO, M.T.G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.2, p.150-5, 2005.

OSTACOLI, L. et al. Distúrbio Pós-Traumático de Stress, qualidade do sono, ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v.1, n.2, p.311-24, 2011.

PANOBIANCO, M.S. et al. Mulheres com diagnóstico avançado de câncer do colo do útero: enfrentando a doença e o tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.3, p.517-23, 2012.

PARRA, M.V.; PANOBIANCO, M.S.; PRADO, M.A.S. Visita domiciliar a mulheres com câncer de mama: uma estratégia a ser resgatada. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n.2, p.301-8, 2010.

PASQUINI, M. et al. Detection and treatment of depressive and anxiety disorders among cancer patients: feasibility and preliminary findings from a liaison service in a oncology division. **Depression and Anxiety**, New York, v.23, n.7, p.441-8, 2006.

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.28, n.1, p.27-38, 2006.

- PINHEIRO, C.P.O. et al. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.4, p.733-8, 2008.
- PORTO, J.A.D. Conceito e diagnóstico – depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, suplemento 1, p.6-11, 1999.
- REZENDE, V.L. et al. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.737-43, 2005.
- RODRIGUES, F.S.S.; POLIDORI, M.M. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.4, p.619-27, 2012.
- ROSA, M.A.S.; PILLATTI, L.A.A. Qualidade de vida no trabalho e legislação pertinente. **Revista Digital**, Buenos Aires, Año 10, n.93, 2006.
- SALAS ZAPATA, C.; GRISALES ROMERO, H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v.28, n.1, p.9-18, 2010.
- SANTOS, D.B.; VIEIRA, E.M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.5, p.2511-22, 2011.
- SANTOS JUNIOR, N.C. et al. Depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres em tratamento de câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.81-5, 2010.
- SAWADA, N.O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.581-7, 2009.
- SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-8, 2004.
- SILVA, C.B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetida a tratamentos quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.56, n.2, p.227-36, 2010.
- SILVA, C.H.D.; DERCHAIN, S.F.M. Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p.33-47, 2006.
- SIMÃO, D.A.S. et al. Síndrome mão-pé induzida por quimioterapia: relato de um caso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.2, p.374-8, 2012.

SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v.29, n.1, 4 telas, 2003.

SONOBE, H.M.; BUETTO, L.S.; ZAGO, M.M.F. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.342-8, 2011.

SOUZA, B.F. et al. Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.47, n.1, p.61-8, 2013.

THE WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, London, v.23, n.3, p.24-56, 1994.

UFRGS: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Psiquiatria: **[Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998]**. Porto Alegre: UFRGS, [2010]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/>>. Acesso em: 07 julho 2011.

VIEIRA, C.P.; LOPES, M.H.B.M.; SHIMO, A.K.K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.41, n.2, p.311-6, 2007.

WING, S.; WONG, R.F. Change in quality of life in Chinese women with breast cancer: changes in psychological distress as a predictor. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.15, n.11, p.1223-30, 2007.

WOLFF, D. et al. Predictors of chemotherapy-induced neutropenia and its complications: results from a prospective Nationwide registry. **Journal of Supportive Oncology**, Morristown, v.3, n.6, p.24-5, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Cancer Report, 2008**. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Lyon, 267p, 2009.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Oxford, v.67, p.361-70, 1983.

## APÊNDICE A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SUJEITOS MAIORES DE IDADE

Título do Projeto: “Ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e ginecológico frente aos efeitos da quimioterapia antineoplásica”.

#### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidada a participar do estudo “Ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e ginecológico frente aos efeitos da quimioterapia antineoplásica”, por estar no momento sendo submetida ao tratamento quimioterápico. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é caracterizar as pacientes com câncer de mama e ginecológico em tratamento quimioterápico e avaliar sua qualidade de vida, depressão e ansiedade frente aos efeitos da quimioterapia e caso você participe, será necessário responder a três questionários entregues pelo entrevistador, sendo que dois dos questionários deverão ser respondidos no início do tratamento e após o terceiro ciclo de quimioterapia. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

## APÊNDICE B



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: “Ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e ginecológico frente aos efeitos da quimioterapia antineoplásica”.

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador orientador

**Telefone de contato dos pesquisadores: (Sueli Riul da Silva) 99780904**

**EM CASO DE DÚVIDA EM RELAÇÃO A ESTE DOCUMENTO, VOCÊ PODE ENTRAR EM CONTATO COM O COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, PELO TELEFONE 3318-5854.**

## APÊNDICE C

### Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos

#### IDENTIFICAÇÃO

Número: \_\_\_\_\_

Número do Registro: \_\_\_\_\_

Idade (em anos): \_\_\_\_\_

Situação conjugal:  1- com companheiro fixo 2- sem companheiro fixo 3- outros

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

Procedência:  1- Uberaba 2- Outra Cidade

Escolaridade (anos completos de estudo, sem repetir a mesma série): \_\_\_\_\_

Religião:  1- católica 2- evangélica 3- espírita 4- outra

Renda mensal individual (em salários-mínimos):

1- Nenhuma 2- até 1 salário-mínimo 3- Entre 1 a 2 salários-mínimos

4- Entre 2 a 3 salários-mínimos 5- Mais de 3 salários-mínimos

Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

Realizou Cirurgia:  1- Sim 2- Não

Qual Cirurgia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Realizou Radioterapia:  1- Sim 2- Não Quantas sessões: \_\_\_\_\_

Início do tratamento quimioterápico: \_\_\_\_\_

Término do tratamento quimioterápico: \_\_\_\_\_

Protocolo quimioterápico: \_\_\_\_\_

Efeitos colaterais da quimioterapia: \_\_\_\_\_

1- infecções/febre

7- diarreia

2- sangramento

8- constipação

3- fraqueza/cansaço

9- cistite

4- náuseas

10- alopecia

5- vômitos

11- outros

6- mucosite

**ANEXO 1**

**WHOQOL – ABREVIADO**

Versão em Português

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA**

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil**

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**

**Professor Adjunto**

**Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Porto Alegre – RS – Brasil**

## Instrumento de coleta de dados sobre a qualidade de vida

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

**1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?**

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

**2 - Quão satisfeita você está com a sua saúde?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

**3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**5- O quanto você aproveita a vida?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**6 – Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**7 - O quanto você consegue se concentrar?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**8- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

**10 - Você tem energia suficiente para seu dia a dia?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

**15 - Quão bem você é capaz de se locomover?**

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

**16 - Quão satisfeita você está com o seu sono?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**17 - Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**18 - Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**19 - Quão satisfeita você está consigo mesmo?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**20 - Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**21 - Quão satisfeita você está com sua vida sexual?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**22 - Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**23 - Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**24 - Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**25 - Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

**26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?**

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## ANEXO 2

### Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

**A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

**D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:**

- 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Não tanto quanto antes
- 2 ( ) Só um pouco
- 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

**A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**

- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte
- 2 ( ) Sim, mas não tão forte
- 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 ( ) Não sinto nada disso

**D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Atualmente um pouco menos
- 2 ( ) Atualmente bem menos
- 3 ( ) Não consigo mais

**A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Raramente

**D 6) Eu me sinto alegre:**

- 3 ( ) Nunca
- 2 ( ) Poucas vezes
- 1 ( ) Muitas vezes
- 0 ( ) A maior parte do tempo

**A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:**

- 0 ( ) Sim, quase sempre
- 1 ( ) Muitas vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Nunca

**D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:**

- 3 ( ) Quase sempre
- 2 ( ) Muitas vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

**A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**

- 0 ( ) Nunca
- 1 ( ) De vez em quando
- 2 ( ) Muitas vezes
- 3 ( ) Quase sempre

**D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**

- 3 ( ) Completamente
- 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes
- 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

**A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:**

- 3 ( ) Sim, demais
- 2 ( ) Bastante
- 1 ( ) Um pouco
- 0 ( ) Não me sinto assim

**D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Um pouco menos do que antes
- 2 ( ) Bem menos do que antes
- 3 ( ) Quase nunca

**A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**

- 3 ( ) A quase todo momento
- 2 ( ) Várias vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Não sinto isso

**D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:**

- 0 ( ) Quase sempre
- 1 ( ) Várias vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Quase nunca

## ANEXO 3



### MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia  
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854

E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

#### IDENTIFICAÇÃO

**TÍTULO DO PROJETO:** ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER GINECOLÓGICO FRENTE AOS EFEITOS DA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** SUELI RIUL DA SILVA

**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM

**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 23/04/2012

**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 2304

#### PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 17 de agosto de 2012.

Prof.<sup>a</sup> Ana Palmira Soares dos Santos  
Coordenadora do CEP/UFTM