



Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* – Atenção à Saúde

Ricardo Dias da Silva

Avaliação da qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em  
pacientes com câncer de pele

Uberaba - MG  
2020

Ricardo Dias da Silva

Avaliação da qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em  
pacientes com câncer de pele

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

Uberaba - MG  
2020

**Catálogo na fonte:**

**Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**

S583a	Silva, Ricardo Dias da Avaliação da qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com câncer de pele / Ricardo Dias da Silva. -- 2020. 95 f.: tab.
	Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2020 Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello
	1. Neoplasias cutâneas. 2. Qualidade de vida. 3. Depressão. 4. Ansiedade. 5. Estresse psicológico. 6. Enfermagem oncológica. I. Barichello, Elizabeth. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.
	CDU 616.5-002.621

Ricardo Dias da Silva

Avaliação da qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em  
pacientes com câncer de pele

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Uberaba, 19 de fevereiro de 2020.

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Barichello - Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Barbosa  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena MegumiSonobe  
Universidade de São Paulo

*"Convém lembrar: aquele que semeia pouco, pouco ceifará.  
Aquele que semeia em profusão, em profusão ceifará."*

**II Coríntios, 9:6**

## AGRADECIMENTOS

**À Deus, Autor da vida**, fonte de toda sabedoria, meu refúgio, minha fortaleza e em quem eu confio e amo de coração. Obrigado por tudo e pela sua presença incessante em minha existência. Obrigado pela sutileza do seu Espírito Santo, tão incompreendido nesse mundo agitado.

A minha mãe (*in memoriam*), **Conceição Aparecida Dias da Silva**, pelas aulas de perseverança e criatividade para driblar todas as adversidades que a vida nos impõe, sempre almejando e alcançando a vitória com alegria, esperança e generosidade.

Ao meu pai, **José Geraldo da Silva**, pelos exemplos de responsabilidade, esforço, tranquilidade e honestidade, que eu observo desde a minha tenra infância.

A minha esposa, **Meyre Aparecida**, pelo amor, companheirismo e incentivos diários. Pela paciência e compreensão nos momentos bons e também nas horas difíceis. Pela sabedoria feminina que trabalha com seus silêncios e olhares.

Ao meu filho, **Rafael Geraldo**, que chegou na minha vida em meio a essa caminhada de lutas para me alegrar com o seu sorriso puro, sincero, alegre e angelical. Um presente de Deus. É a esperança que se renova a cada dia em nós.

A minha orientadora, **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Barichello**, pelo aprendizado, pelo bom humor, pela compreensão com as necessidades do próximo nessa caminhada que não foi nada fácil e, também, pela disponibilidade de tempo, mesmo na distância.

## RESUMO

SILVA, R. D. **Avaliação da qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com câncer de pele.** 2020 95f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2020.

**Introdução:** as neoplasias cutâneas são o tipo de tumor maligno mais frequente no ser humano. O câncer de pele não melanoma é o tipo mais incidente; o melanoma maligno, apesar de menor incidência, é um tumor agressivo e é responsável pela maioria dos óbitos provocados por câncer de pele. Sabe-se que as neoplasias cutâneas têm impactos significativos na qualidade de vida e podem provocar alterações psicológicas na pessoa acometida. Dessa forma, é importante investigar nos pacientes com câncer de pele as possíveis repercussões que a doença pode ocasionar em todos esses aspectos. **Objetivo:** avaliar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e do perfil laboral sobre os escores da qualidade de vida e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse. **Metodologia:** estudo descritivo, correlacional, de corte transversal e com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados, utilizou-se três instrumentos: o primeiro instrumento contendo dados sociodemográficos, clínicos e do perfil laboral do participante; o segundo foi o *Quality of Life Questionnaire “Core” 30 itens (QLQ-C30)*; o terceiro, a *Depression, Anxiety and Stress Scale (português)(DASS-21)*. Os dados obtidos foram inseridos no programa *Microsoft® Office Excel® 2007* e as análises estatísticas foram feitas no programa *Satistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0. Foi realizada a distribuição em frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e medidas de posição e de variabilidade para as variáveis quantitativas; a análise bivariada foi realizada incluindo a correlação de *Pearson* para preditores quantitativos e correlação de *Spearman* para os preditores quantitativos e categóricos. A influência simultânea de preditores sociodemográficos e clínicos sobre cada um dos desfechos compreendeu a análise de regressão linear múltipla. **Resultados:** a amostra foi composta por 74 participantes, sendo 67,3% do sexo feminino; 63% idosos; 94,6% tem cor da pele branca e a média de escolaridade foi de 4.93 anos de estudo. O tipo de câncer mais incidente foi o carcinoma basocelular (71,6%), seguido pelo carcinoma espinocelular (12,1%) e o melanoma maligno (10,8%), respectivamente. A área de atuação profissional mais relatada pelos participantes foi a agropecuária (33,8%). A pontuação dos domínios

do DASS-21 apresentou níveis de depressão, ansiedade e estresse significativos. Em relação à qualidade de vida, não foram observados resultados significativos para baixa qualidade de vida nas dimensões do QLQ-C30. Ficou evidenciado que a variável escolaridade teve impacto nos sintomas de depressão ( $\beta = - 4,165$ ;  $p = 0,005$ ). A variável idade apresentou impacto nos sintomas de depressão ( $\beta = 0,317$ ;  $p = < 0,001$ ), de ansiedade ( $\beta = 0,147$ ;  $p = 0,025$ ) e na qualidade de vida ( $\beta = - 0,31$ ;  $p = 0,010$ ), porém não impactou nos sintomas de estresse. A variável sexo influenciou os sintomas de ansiedade ( $\beta = 1,475$ ;  $p = 0,737$ ), com as mulheres apresentando maior índice. A presença de doenças crônicas impactou a qualidade de vida ( $\beta = 0,003$ ;  $p = 0,026$ ). **Conclusão:** o tipo de câncer de pele mais incidente foi o carcinoma basocelular, seguido respectivamente pelo carcinoma espinocelular e o melanoma maligno, tendo como a localização mais comum a região da cabeça e pescoço. São poucos os estudos que avaliaram a qualidade de vida e características psicológicas de pacientes com câncer de pele, e também há uma carência de instrumentos para essa finalidade. Oferecer ações de prevenção e conscientização sobre câncer de pele, assim como um conhecimento mais aprofundado acerca das características gerais que envolvem o indivíduo com câncer de pele deve ser um dos focos da enfermagem.

**Descritores:** Neoplasias Cutâneas. Qualidade de Vida. Depressão. Ansiedade. Estresse Psicológico. Enfermagem Oncológica.



## ABSTRACT

SILVA, R. D. **Quality of life assessment and symptoms of depression, anxiety and stress in skin cancer patients.** 2020 95f. Dissertation (Master in Health Care) - Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2020.

**Introduction:** skin neoplasms are the most common type of malignant tumor in humans. Non-melanoma skin cancer is the most common type; malignant melanoma, despite its lower incidence, is an aggressive tumor and is responsible for most deaths caused by skin cancer. It is known that skin cancers have significant impacts on quality of life and can cause psychological changes in the person affected. Thus, it is important to investigate skin cancer patients for the possible repercussions that the disease can cause in all these aspects. **Objective:** to evaluate the influence of sociodemographic, clinical and work profile variables on quality of life scores and symptoms of depression, anxiety and stress. **Methodology:** descriptive, correlational, cross-sectional study with a quantitative approach. For data collection, three instruments were used: the first instrument containing sociodemographic, clinical and worker's data; the second was the Quality of Life Questionnaire "Core" 30 items (QLQ-C30); the third, the Depression, Anxiety and Stress Scale (Portuguese) (DASS-21). The data obtained were entered into the Microsoft® Office Excel® 2007 program and statistical analyzes were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 22.0. Distribution was carried out in absolute and relative frequencies for categorical variables and measures of position and variability for quantitative variables; bivariate analysis was performed including Pearson's correlation for quantitative predictors and Spearman's correlation for quantitative and categorical predictors. The simultaneous influence of sociodemographic and clinical predictors on each of the outcomes comprised multiple linear regression analysis. **Results:** the sample consisted of 74 participants, 67.3% of whom were female; 63% elderly; 94.6% have white skin color and the average education level was 4.93 years of study. The most frequent type of cancer was basal cell carcinoma (71.6%), followed by squamous cell carcinoma (12.1%) and malignant melanoma (10.8%), respectively. The professional activity area most reported by the participants was agriculture (33.8%). The score of the DASS-21 domains showed significant levels of depression, anxiety and stress. Regarding quality of life, no significant results were observed for low quality of life in the dimensions of the QLQ-C30. It was evidenced that the variable education had an impact on the symptoms of depression ( $\beta = -$

4.165;  $p = 0.005$ ). The age variable had an impact on the symptoms of depression ( $\beta = 0.317$ ;  $p = < 0.001$ ), anxiety ( $\beta = 0.147$ ;  $p = 0.025$ ) and quality of life ( $\beta = - 0.31$ ;  $p = 0.010$ ), however did not impact stress symptoms. The gender variable influenced anxiety symptoms ( $\beta = 1.475$ ;  $p = 0.737$ ), with women showing a higher index. The presence of chronic diseases impacted quality of life ( $\beta = 0.003$ ;  $p = 0.026$ ).

**Conclusion:** the most common type of skin cancer was basal cell carcinoma, followed by squamous cell carcinoma and malignant melanoma, respectively, with the head and neck as the most common location. Few studies have evaluated the quality of life and psychological characteristics of patients with skin cancer, and there is also a lack of instruments for this purpose. Offering prevention and awareness actions about skin cancer, as well as a deeper knowledge about the general characteristics that involve the individual with skin cancer should be one of the focuses of nursing.

**Keywords:** Skin Neoplasms. Quality of Life. Depression. Anxiety. Psychological Stress. Oncologic Nursing.

## RESUMEN

SILVA, R. D. **Evaluación de la calidad de vida y síntomas de depresión, ansiedad y estrés en pacientes con cáncer de piel.** 2020 95f. Disertación (Maestría en Atención de Salud) - Universidad Federal de Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2020.

**Introducción:** las neoplasias de la piel son el tipo más común de tumor maligno en humanos. El cáncer de piel no melanoma es el tipo más común; el melanoma maligno, apesar de su menor incidencia, es un tumor agresivo y es responsable de la mayoría de las muertes causadas por el cáncer de piel. Se sabe que los cánceres de piel tienen un impacto significativo en la calidad de vida y pueden causar cambios psicológicos en la persona afectada. Por lo tanto, es importante investigar a los pacientes con cáncer de piel por las posibles repercusiones que la enfermedad puede causar en todos estos aspectos. **Objetivo:** evaluar la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y de perfil de trabajo en los puntajes de calidad de vida y síntomas de depresión, ansiedad y estrés. **Metodología:** estudio descriptivo, correlacional, transversal con enfoque cuantitativo. Para la recolección de datos, se utilizaron tres instrumentos: el primer instrumento que contiene datos sociodemográficos, clínicos y de trabajadores; el segundo fue la Calidad de Vida Questionnaire "Core" 30 artículos (QLQ-C30); el tercero, la Escala de depresión, ansiedad y estrés (portugués) (DASS-21). Los datos obtenidos se ingresaron en el programa Microsoft® Office Excel® 2007 y los análisis estadísticos se realizaron utilizando el Paquete de Estadísticas para Ciências Sociales (SPSS), versión 22.0. La distribución se realizó en frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas y medidas de posición y variabilidad para variables cuantitativas; se realizó un análisis bivariado que incluyó la correlación de Pearson para predictores cuantitativos y la correlación de Spearman para predictores cuantitativos y categóricos. La influencia simultánea de predictores sociodemográficos y clínicos en cada uno de los resultados comprendió el análisis de regresión lineal múltiple. **Resultados:** la muestra estuvo conformada por 74 participantes, de los cuales el 67.3% eran mujeres; 63% de edad avanzada; el 94.6% tiene color de piel blanca y el nivel de educación promedio fue de 4.93 años de estudio. El tipo de cáncer más frecuente fue el carcinoma de células basales (71,6%), seguido del carcinoma de células escamosas (12,1%) y el melanoma maligno (10,8%), respectivamente. El área de actividad profesional más reportada por los participantes fue la agricultura

(33.8%). La puntuación de los dominios DASS-21 mostró niveles significativos de depresión, ansiedad y estrés. Com respecto a la calidad de vida, no se observaron resultados significativos para la baja calidad de vida en las dimensiones del QLQ-C30. Se evidenció que la educación variable tuvo un impacto en los síntomas de depresión ( $\beta = -4.165$ ;  $p = 0.005$ ). Sin embargo, la variable edad influyó en los síntomas de depresión ( $\beta = 0.317$ ;  $p = <0.001$ ), ansiedad ( $\beta = 0.147$ ;  $p = 0.025$ ) y calidad de vida ( $\beta = -0.31$ ;  $p = 0.010$ ). No impactó los síntomas de estrés. La variable de género influyó en los síntomas de ansiedad ( $\beta = 1.475$ ;  $p = 0.737$ ), y las mujeres mostraron un índice más alto. La presencia de enfermedades crónicas afecta la calidad de vida ( $\beta = 0.003$ ;  $p = 0.026$ ). **Conclusión:** el tipo más común de cáncer de piel fue el carcinoma de células basales, seguido del carcinoma de células escamosas y el melanoma maligno, respectivamente, con la cabeza y el cuello como la ubicación más común. Pocos estudios han evaluado la calidad de vida y las características psicológicas de los pacientes con cáncer de piel, y también faltan instrumentos para este propósito. Ofrecer acciones de prevención y sensibilización sobre el cáncer de piel, así como un conocimiento más profundo sobre las características generales que involucran al individuo con cáncer de piel, debería ser uno de los focos de la enfermería.

**Palabras clave:** Neoplasias de la Piel. Calidad de Vida. Depresión. Ansiedad. Estrés Psicológico. Enfermería Oncológica.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos participantes segundo as características sociodemográficas em frequência relativa, medidas de posição e medidas de dispersão.....	49
<b>Tabela 2</b>	Distribuição dos participantes com câncer de pele segundo as variáveis clínicas em frequência relativa, medidas de posição e medidas de dispersão.....	51
<b>Tabela 3</b>	Distribuição dos participantes com câncer de pele segundo o perfil laboral em frequência relativa, medidas de posição e medidas de dispersão.....	52
<b>Tabela 4</b>	Distribuição da localização do tumor dos participantes com câncer de pele.....	53
<b>Tabela 5</b>	Distribuição da presença de doenças crônicas não transmissíveis com câncer de pele.....	53
<b>Tabela 6</b>	Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse dos participantes com câncer de pele do instrumento DASS-21.....	54
<b>Tabela 7</b>	Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse dos participantes com câncer de pele do instrumento DASS-21.....	54
<b>Tabela 8</b>	Medidas de posição e variabilidade para os domínios de qualidade de vida dos participantes com câncer de pele.....	55
<b>Tabela 9</b>	Correlação das variáveis sociodemográficas com o domínio Depressão do Instrumento DASS-21.....	56
<b>Tabela 10</b>	Correlação das variáveis sociodemográficas, clínicas e do perfil laboral com o domínio Ansiedade do Instrumento DASS-21.....	56

<b>Tabela 11</b>	Correlação das variáveis sociodemográficas, clínicas e perfil laboral com o domínio Estresse do Instrumento DASS-21.....	56
<b>Tabela 12</b>	Correlação da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas dos participantes com câncer de pele.....	57
<b>Tabela 13</b>	Correlação da qualidade de vida com os sintomas de depressão, ansiedade e estresse.....	57
<b>Tabela 14</b>	Regressão Linear para variáveis sociodemográficas e clínicas e o domínio Escala de Saúde Global do QLQ-C30.....	58
<b>Tabela 15</b>	Regressão Linear para variáveis sociodemográficas e clínicas e o domínio Ansiedade do DASS-21.....	58
<b>Tabela 16</b>	Regressão Linear para variáveis sociodemográficas e clínicas e o domínio Depressão do DASS-21.....	59
<b>Tabela 17</b>	Regressão Linear para variável clínica Presença de Doença Crônica e o Domínio Escala de Saúde Global do QLQ-C30.....	59

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Fluxograma de participantes do estudo.....	41
-----------------	--	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Classificação da depressão, ansiedade e estresse conforme grau de severidade.....	44
-----------------	---	----



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE	Assimetria, borda, cor, diâmetro e evolução
ACS	<i>American Cancer Society</i>
CBC	Carcinoma Basocelular
CEC	Carcinoma Espinocelular
CEPHC – UFTM	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
CPNM	Carcinoma de Pele não Melanoma
DASS – 21	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i>
DB	Doença de <i>Bowen</i>
EORTC-QLQ-C-30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30</i>
HCP	Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Imagem Corporal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MES	Melanoma Extensivo Superficial
MLA	Melanoma Lentigo Acral
MLM	Melanoma Lentigo Maligno
MM	Melanoma Maligno
MN	Melanoma Nodular
<i>n</i>	Tamanho da amostra
OMS	Organização Mundial de Saúde
<i>p</i>	Teste de Correlação de <i>Pearson</i> ou <i>Spearman</i>
PPGAS	Programa de Pós-graduação <i>Strictu Sensu</i>
QA	Queratose Actínica
QuA	Queilite Actínica
QLQ-C-30	<i>Quality of Life Questionnaire “Core” 30</i>
QV	Qualidade de vida
<i>r</i>	Coefficiente de correlação de <i>Pearson</i> ou <i>Spearman</i>

RUV	Radiação Ultravioleta
SBD	Sociedade Brasileira de Dermatologia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Termo de Esclarecimento
TNM	<i>Tumor – Nodes – Metastasis</i>
UVA	<i>Ultra Violet A</i>
UVB	<i>Ultra Violet B</i>
UVC	<i>Ultra Violet C</i>
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
XP	Xeroderma Pigmentoso

## LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
$\alpha$	Alfa
$\beta$	Beta
$R^2$	Coeficiente de Determinação

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>22</b>
1.1 TECIDO CUTÂNEO .....	22
1.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PELE .....	23
1.3 TIPOS DE CÂNCER DE PELE .....	24
<b>1.3.1 Carcinoma Basocelular</b> .....	<b>24</b>
<b>1.3.2 Carcinoma espinocelular</b> .....	<b>25</b>
<b>1.3.3 Melanoma maligno</b> .....	<b>26</b>
1.4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE .....	27
1.5 FATORES DE RISCO .....	29
1.6 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	31
1.7 QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE ..	32
1.8 CÂNCER DE PELE RELACIONADO À QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE .....	35
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>36</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>38</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>39</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	39
4.3 POPULAÇÃO .....	39
<b>4.3.1 Critérios de inclusão</b> .....	<b>40</b>
<b>4.3.2 Critérios de exclusão</b> .....	<b>40</b>
<b>4.3.3 Cálculo amostral</b> .....	<b>40</b>
4.4 ASPÉCTOS ÉTICOS .....	41
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS .....	42
4.6. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	42
<b>4.6.1 Aspectos sociodemográficos e clínicos e perfil laboral</b> .....	<b>42</b>

<b>4.6.2 Quality of the Questionnaire Core (EORTC QLQ-C30)</b> .....	<b>43</b>
<b>4.6.3 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse</b> .....	<b>44</b>
<b>4.6.4 Variáveis do estudo</b> .....	<b>45</b>
4.6.4.1 <i>Variáveis sociodemográficas</i> .....	45
4.6.4.2 <i>Variáveis clínicas</i> .....	45
4.6.4.3 <i>Perfil laboral</i> .....	46
4.6.4.4 <i>Variáveis do QLQ-C30</i> .....	46
4.6.4.5 <i>Variáveis dos Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse</i> .....	47
<b>4.7 ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	<b>47</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>48</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS .....	49
5.2 SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE .....	54
5.3 QUALIDADE DE VIDA .....	55
5.4 CORRELAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	55
5.5 CORRELAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	56
5.6 CORRELAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE .....	57
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>60</b>
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E LABORAIS .....	60
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>71</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>72</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>79</b>
APÊNDICE A - Identificação - Variáveis Sociodemográficas e Clínicas - Perfil Laboral.....	80
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	82
APÊNDICE C – Declaração do Pesquisador .....	83
<b>ANEXOS</b> .....	<b>84</b>

ANEXO A - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionare "Core" 30 Itens (EORTC-QLQ-C30) .....	85
ANEXO B – Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS – 21).....	87
ANEXO C – Aprovação Hospital Dr. José Figueiredo - Patrocínio/MG .....	88
ANEXO D - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa .....	89



## 1 INTRODUÇÃO

As neoplasias consistem em um grupo de doenças que tem por características o crescimento tecidual anormal e tendência a disseminação, sendo esse fenômeno denominado metástase. Essas alterações ocorrem devido a mudanças na função de genes que regulam a proliferação, a diferenciação e a morte celular (BRASIL, 2011; DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020 o câncer será a principal causa de mortalidade, tanto nos países desenvolvidos quanto nos que estão em desenvolvimento, com exceção dos países da África localizados próximos ao deserto do Saara (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013). No Brasil, o câncer é considerado um dos problemas mais complexos que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta, em virtude de seu destaque epidemiológico, social e econômico (MENEZES et al, 2018).

O câncer de pele é o tipo de neoplasia mais incidente no Brasil e no mundo, sendo que o número de casos tem aumentado nas últimas décadas (BRASIL, 2017; SIMÕES; SOUSA; PAIS, 2015; URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015). Os três tipos mais comuns de câncer de pele são o carcinoma basocelular (CBC), o carcinoma espinocelular (CEC) - denominados carcinoma de pele não melanoma (CPNM) - e o melanoma maligno (MM) (GAULIN; SEBARATNAM; FERNÁNDEZ-PEÑAS, 2015; ACS, 2019; BRASIL, 2019).

Os tumores malignos de pele são mais comuns em pessoas com idade igual ou superior a 40 anos. Apresenta-se raro em crianças e pessoas de pele negra, exceto em caso de lesões cutâneas prévias para esses casos. As pessoas com pele clara e lesões precursoras são as mais acometidas pelas neoplasias cutâneas (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013; BRASIL; 2019).

### 1.1 TECIDO CUTÂNEO

A pele é um dos maiores órgãos do corpo humano e possibilita a interação do organismo com o meio externo. Dentre suas funções, estão: proteção física (radiação, mecânica, calor); biológica (microorganismos); regulação hidroeletrolítica e da temperatura (glândulas sudoríparas); excreção; percepção por meio



dos receptores neurais (tato, calor, frio, dor). O tecido cutâneo é formado por duas camadas: a epiderme e a derme (TABCHERANI, 2011; AZULAY, 2017).

A epiderme é uma camada constituída predominantemente por células de epitélio estratificado escamoso ceratinizado. Os tipos celulares que compõem a epiderme são: queratinócitos, melanócitos, células de Langerhans e as células de Merkel (TABCHERANI, 2011; SMELTZER; BARE, 2012; VOLPATO, 2015).

Em cada camada da epiderme os queratinócitos apresentam-se com morfologia diferente devido ao seu estágio de maturação, isso de acordo com a região do corpo. O ciclo de vida dos constituintes da pele dura em torno de quinze a vinte dias. A pele é mais espessa nas regiões palmo plantar. Já a região da face é a mais delicada (TABCHERANI, 2011; VOLPATO, 2015).

A derme é constituída por vasos sanguíneos (arteriais e venosos), linfáticos anastomosando-se entre si. Também são encontradas as fibras de sustentação (colágeno e fibras elásticas) e uma arquitetura de inervação (receptores de tato, pressão, dor e temperatura). Por fim, na derme estão localizados os anexos cutâneos: folículo piloso, glândula sebácea e as glândulas sudoríparas (TABCHERANI, 2011; SMELTZER; BARE, 2012; VOLPATO, 2015).

## 1.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PELE

O CPNM é o tipo de tumor maligno mais frequente no ser humano e sua incidência vem aumentando nos últimos anos, inclusive na população mais jovem (URBA; WADHINGTON; NADIMINTI, 2015; GARCIA-MONTERO; GÁLVEZ-ARANDA; TROYA MARTÍN, 2018). O MM, apesar de menor incidência em relação ao CPNM, é responsável por 80% dos óbitos por neoplasias da pele (STEGLISH, 2018). Estima-se que a cada três diagnósticos de câncer, um consiste em neoplasia maligna cutânea (PIL et al, 2016).

Na população brasileira, o CPNM é a neoplasia mais incidente e também a mais comum dentre os tipos histológicos dos cânceres de pele, tendo baixo poder de disseminação para outros tecidos (BRASIL, 2019).

Segundo a estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA), do ano de 2017, são esperados no Brasil para cada ano do biênio 2018-2019 cerca de 170 mil casos de CPNM. Destes, 85.170 casos ocorreriam nos homens e 80.140 nas mulheres. Na região sudeste, para o ano de 2018 espera-se um total de 86.990

casos novos. Somente no Estado de Minas Gerais espera-se um total de 19.000 novos casos de CPNM em 2018 (BRASIL, 2017). Com relação à mortalidade no Brasil por CPNM, no ano de 2015 ocorreram 1.137 mortes em homens e 821 mortes em mulheres (BRASIL, 2017).

Com relação aos dados epidemiológicos do MM, têm-se em nível mundial, em 2012, que o MM teve incidência estimada em 3,3 casos para cada 100.00 habitantes (232.130 casos), com maior incidência em homens (3,4 por 100.000) do que em mulheres (3,2 por 100.000). Com relação à mortalidade, para o ano de 2012, ficou em 55.488 mortes no mundo (BRASIL, 2017).

Apesar da incidência baixa, o MM tem letalidade elevada. No Brasil, eram esperados para o ano de 2018, com relação ao MM, um total de 2.920 casos em homens e 3.340 casos em mulheres, acarretando em um total de 6.260 casos novos de MM. Na região Sudeste, eram esperados 2.910 casos de MM, e para o Estado de Minas Gerais estima-se a ocorrência de 510 novos casos de MM para o ano de 2018, sendo 190 no sexo masculino e 320 no sexo feminino (BRASIL, 2017).

### 1.3 TIPOS DE CÂNCER DE PELE

#### 1.3.1 Carcinoma Basocelular

As estatísticas para o câncer de pele afirmam que o CBC representa entre 70% a 80% dos casos de câncer de pele (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015). O CBC raramente provoca metástase, mas pode ser muito destrutivo em nível local, podendo acometer a pele, partes moles, cartilagens e ossos. É comum seu aparecimento em pessoas com idade igual ou superior a 40 anos, mas sua incidência vem aumentando em pessoas mais jovens (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013; BRASIL 2019).

O CBC é tumor que tem origem nas células basais da epiderme, apresentando geralmente um melhor prognóstico quando detectado precocemente; apresenta-se com placas eritematosas descamativas que crescem lentamente com invasão local, variando de acordo com o tipo histológico do tumor (MARZUKA; BOOK, 2015; URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015; ). O CBC é considerado um tumor neváide, podendo ter origem nas células basais da epiderme como também nos folículos pilosos (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

Dentre os tipos de CBC, encontram-se: CBC nodular/ulcerativo (nódulo perolado pequeno, de crescimento lento e com presença de teleangiectasia em sua superfície; corresponde de 45% a 60% dos casos); CBC pigmentado (semelhante ao CBC nodular com presença de melanina; pode gerar controvérsia clínica com o melanoma; atribui-se de 1% a 7% da incidência); CBC esclerodermiforme, fibrosante, difuso ou infiltrativo (são os tipos mais invasivos junto com o micronodular, apresentando-se como placas solitárias endurecidas, esbranquiçadas ou amareladas; responde por 4% a 17% das ocorrências); micronodular (assemelha-se ao esclerodermiforme); superficial (placas eritematosas e escamosas de bordas irregulares; responsável por 15% a 35% dos diagnósticos) (GUEDES, 2012; URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015).

A localização mais comum do CBC é na face, orelhas e couro cabeludo e indicam um risco maior de destruição local e maior potencial de recorrência em relação aos tumores que aparecem em outras regiões. Os tipos histológicos de CBC micronodular, metatípico e esclerodermiforme tendem a ser mais agressivos em pacientes que apresentem imunossupressão (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013; URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015). O CBC com histologia do tipo nodular, bem como o esclerodermiforme, são encontrados com maior frequência nas regiões da face e do pescoço (GUEDES, 2012).

### **1.3.2 Carcinoma espinocelular**

O CEC é um tumor maligno que consiste na proliferação atípica de células da camada espinhosa da epiderme. As células que originam o CEC são os queratinócitos (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013; KALLINI; HAMED; KHACHEMOUNE, 2015; AZULAY, 2017). Estima-se que o CEC é responsável por 20% da incidência de CPNM. O CEC ocorre geralmente após os 60 anos de idade, devido à exposição solar da pele e ao fumo (CRESPO; LOURENÇO, 2007).

Ressalta-se que o CEC tem maior potencial de produzir metástases em relação ao CBC, que possui baixo potencial de disseminação para outros tecidos do corpo (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015). O CEC é considerado o tumor de pele com maior relação com a imunossupressão (AZULAY, 2017).

Para os CEC, os casos advindos da pele lesionada pela radiação solar apresentam um menor potencial de desenvolver metástases em relação aos

tumores de células escamosas existentes nas superfícies cutâneas que foram protegidas (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015).

Com relação às lesões precursoras do CEC, são encontradas: queratose actínica (QA), apresentando risco de 1 a 10% de desenvolvimento; doença de *Bowen* (DB), com risco de 3 a 5% para progressão. A DB é considerada como um carcinoma intraepidérmico de células escamosas. O diagnóstico de ceratoacantoma e o de queilite actínica (QeA) também são considerados como de lesões precursoras do CEC. Existem controvérsias na literatura se a QA e o ceratoacantoma seriam uma forma de CEC *in situ* (JAMES; BERGER; ELSTON, 2007; WOLFF; JHONSON, 2011; KALLINI; HAMED; KHACHEMOUNE, 2015; MÜLLER et al, 2017).

O CEC pode localizar-se em qualquer região do corpo, sendo mais comum nas regiões cutâneas mais lesionadas pela radiação ultravioleta (RUV). Tumores localizados na região do lábio inferior e orelhas possuem maior potencial metastático, 13% e 11% respectivamente (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015). O indivíduo que foi acometido por um CEC tem 30% de chance de desenvolver um novo tumor em 5 anos, sendo os locais mais incidentes de recorrência as regiões da orelha, lábios e genitais (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

As principais localizações do CEC são: face, orelhas, dorso de mãos, lábio mucosa. O CEC pode aparecer na região da genitália externa, sendo que são comumente relacionados à infecção pelo HPV, associando-se aos subtipos 6, 11 e 16 (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

### **1.3.3 Melanoma maligno**

O câncer de pele considerado o mais perigoso é o MM, um tumor maligno originado nos melanócitos da pele, podendo também surgir no tecido cutâneo, nas mucosas, olhos, meninges, dentre outros locais (AZULAY, 2017). O MM consiste em um tipo de câncer agressivo, apresentando baixa incidência em relação ao CPNM, porém com uma alta capacidade de desenvolver metástases, alta letalidade e sendo responsável pela maioria das mortes pelas neoplasias malignas cutâneas (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015; BRASIL, 2019). O MM, em sua gênese, é um tumor formado a partir de melanócitos que migraram da crista neural para a epiderme durante o período da embriogênese, fenômeno esse que explica o seu

alto potencial de invasão e metastatização, assim como a sua agressividade. Dessa forma, é considerado um tumor neuroectodérmico (BELFORT; SCHELING, 2013).

Sendo assim, o MM pode ocorrer em pessoas de todas as etnias e idades, sendo predominante nas pessoas brancas (98%), apresentando forte relação com a área geográfica na qual a pessoa reside. Morenos, negros e asiáticos apresentam vinte vezes menos chances de desenvolver MM (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015).

Os quatro tipos histológicos de MM tradicionalmente avaliados são: Melanoma Lentigo Maligno (MLM): geralmente aparece em áreas de exposição contínua a luz solar (face, pescoço e região dorsal das mãos) e na população idosa; Melanoma Extensivo Superficial (MES): mais incidente e observado nas pessoas de pele clara, surgindo geralmente de nevos displásicos; a incidência de localização mais comum nos homens é nas costas e nas mulheres nas costas e pernas; Melanoma Nodular (MN): nódulos negro-azulados ou negro-amarronzados; Melanoma Lentiginoso Acral (MLA): aparece na região das palmas das mãos, planta dos pés, leitos ungueais e mucosas, ocorrendo em brancos, porém sendo mais comuns em negros e asiáticos (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015; AZULAY, 2017; CHOPRA; SHARMA, 2020).

O paciente com MM deve ser acompanhado por toda a vida, pois tem de duas a três vezes mais chances de desenvolver um novo tumor em relação à população geral. Cerca de 5% a 10% dos melanomas são relacionados ao histórico familiar, sendo que esses casos tendem a ocorrer em pessoas mais jovens. O MM se origina da combinação de duas vias: a genética e a ambiental (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015).

#### 1.4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE

A relação direta entre o diagnóstico precoce e a probabilidade de cura constitui-se em um dos princípios básicos do tratamento do câncer. Quanto mais avançada a doença, maior será a probabilidade da existência de metástases em outras partes do organismo, com menores chances de cura (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013).

O rastreamento e a detecção precoce são aspectos importantes no controle do câncer; porém, esses parâmetros devem ser vistos dentro de um contexto de

políticas de saúde, condição social e econômica da população, o perfil epidemiológico da população, as mutilações ocasionadas e as dificuldades de reabilitação (CRESPO; SILVA; KOBAYASHI, 2007).

Para a justificativa de realizar os exames de rastreamento (*screening*), é necessário que seja comprovada a redução da morbimortalidade devido a sua realização. Deve-se atentar para a morbimortalidade adicional, que provoca sequelas devido ao tratamento e impactos psicológicos pelo diagnóstico de câncer em estágio inicial (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013).

É muito importante o trabalho de conscientização da população sobre a prevenção do câncer de pele (BRASIL, 2019). Dessa forma, a retirada de lesões cutâneas pigmentadas (nevus) de surgimento recente ou com crescimento rápido, sobretudo nas pessoas de pele clara, com história prévia de câncer de pele e que tem muitos nevus ou nevus atípicos torna-se fundamental (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013).

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) e a ACS defendem a regra do ABCDE. Esta regra consiste em um guia que visa identificar sinais sugestivos do MM, com base na observação das características de nevus na pele. A regra do ABCDE caracteriza-se pela seguinte avaliação do sinal cutâneo, respectivamente: assimetria, borda, cor, diâmetro e evolução (BRASIL, 2016).

São importantes no combate ao câncer de pele: campanhas de esclarecimento sobre a exposição prolongada ao sol, o uso de protetor solar, roupas adequadas, uso de chapéus, observação de alterações na pele e preparo dos profissionais de saúde. O auto-exame físico da pele deve ser feito mensalmente para detecção de alterações. O diagnóstico precoce é importante, haja vista a baixa agressividade na fase inicial da doença (CRESPO; SILVA; KOBAYASHI, 2007; BRASIL, 2019).

O enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar de saúde, deve atuar no controle e na implementação de medidas preventivas do câncer. Para tal, é necessário conhecer a epidemiologia do câncer segundo a área geográfica, associando esses fatores às ações de intervenção. Na prevenção do câncer, o enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar, deve planejar ações em todos os níveis de saúde (primário, secundário, terciário e quaternário) (CRESPO; SILVA; KOBAYASHI, 2007).

É pertinente ao enfermeiro na área oncológica: conhecer os métodos de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer; buscar recursos comunitários para continuidade do tratamento; saber orientar os pacientes e familiares quanto aos procedimentos específicos; capacitar a equipe de trabalho para atender aos usuários (CRESPO; SILVA; KOBAYASHI, 2007).

Nesse contexto, o CPNM, quando detectado precocemente, apresenta grande possibilidade de cura (BRASIL, 2019). A prevenção primária e secundária continuam sendo a principal forma de reduzir a carga MM (STEGGLISH, 2018).

### 1.5 FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco conhecidos para o CPNM e o MM são: exposição da radiação ultravioleta (RUV); história familiar e pessoal de câncer de pele; compleição clara (olhos verdes e azuis, cabelos louros ou vermelhos); albinismo; sistema imune debilitado devido a transplantes e imunodepressores; fatores ambientais (fuligens, arsênico, alcatrão do carvão; exposição a óleos minerais e óleo de xisto; trabalhadores da construção cível, agricultores, pescadores, guarda de trânsito, agentes comunitários de saúde, bronzamento artificial) (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013; URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015; BRASIL, 2018).

A radiação consiste na emissão de ondas eletromagnéticas, sendo a luz solar uma forma de radiação (BRASIL, 2015). A RUV constitui-se no principal fator de risco para o desenvolvimento de câncer de pele (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013). A RUV facilita o processo de mutação genética e exerce efeito supressor no sistema imune do tecido cutâneo (CASTILHO; SOUZA; LEITE, 2010; URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015).

Sendo assim, de acordo com o comprimento de onda, as RUV conhecidas são subdivididas na língua inglesa em: *Ultra Violet A* (UVA), *Ultra Violet B* (UVB) e *Ultra Violet C* (UVC). Os raios UVA são os mais longos em comprimento de onda (315-400nm), causando processos de oxidação, atingindo o tecido cutâneo tanto de forma continuada quanto intermitente; a onda de radiação UVB é responsável por provocar eritemas, foto-imunossupressão, melanogênese, espessamento do estrato córneo e danos diretos ao DNA celular; para os raios UVC, com o menor

comprimento (100-280nm) são carcinogênicos (POPIM et al., 2008; DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013).

É fato que a destruição da camada de ozônio vem permitindo o aumento dos raios UVB, inclusive permitindo que a radiação UVC, que é absorvida pela camada de ozônio, alcance a superfície da terra. A radiação UVA independe da camada de ozônio para poder incidir na terra (POPIM et al., 2008).

A classificação de Fitzpatrick é amplamente utilizada para classificação fototipo de pele dos pacientes (SUZUKI et al., 2011). Esse parâmetro de avaliação, criado em 1976 pelo médico norte-americano Thomas B. Patrick, consiste em uma forma de classificação que diferencia a pele seis em fototipos diferentes: I, II, III, IV, V e VI (SBD, 2019).

Respectivamente, a classificação de Fitzpatrick divide-se em: fototipo I (pele branca que sempre queima e nunca bronzeia; é muito sensível ao sol); fototipo II (pele branca que sempre queima e bronzeia pouco; é sensível ao sol); fototipo III (pele morena clara que queima moderadamente e bronzeia moderadamente, tendo sensibilidade normal ao sol); fototipo IV (pele morena moderada que queima pouco e sempre bronzeia, apresentando sensibilidade normal ao sol); fototipo V (pele morena escura que raramente queima e sempre bronzeia; é pouco sensível ao sol); fototipo VI (pele negra que nunca queima e é totalmente pigmentada; é insensível ao sol), (SBD, 2019).

As lesões precursoras são responsáveis pelo surgimento dos tumores de pele não melanoma, como o xerodermapigmentoso (XP) e a queratose actínica (QA), mutação no gene supressor tumoral p53. A infecção pelo *HumanImmunodeficiencyVirus*(HIV), *HumanPapillomaVirus* (HPV), sífilis tardia, hanseníase estão envolvidos na gênese especificamente do CEC (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

O risco de desenvolvimento do CPNM e do MM é maior no sexo masculino. A maioria dos casos de CPNM se desenvolve em regiões da cabeça e pescoço expostas ao sol. O MM ocorre em adultos de todas as idades e etnias, porém, para o CPNM, a incidência é mais comum em pessoas acima de 40 anos de idade (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015; BRASIL, 2019)



## 1.6 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Devido ao fato de o câncer possuir variabilidade de localizações e aspectos clínicos, o especialista nem sempre é procurado, fazendo com que 75% dos diagnósticos de neoplasias sejam realizados por médicos que não são oncologistas. Para a realidade brasileira, ainda há muito em que avançar para que os médicos assumam a responsabilidade que lhes cabe quanto à prevenção e ao controle do câncer (BRASIL, 2019).

O diagnóstico do câncer de pele é clínico e deve ser confirmado por exame de biópsia, sendo esse o exame indicado para validartal diagnóstico. A partir da coleta o material é encaminhado para o laboratório de anatomia para emissão do laudo. Alguns outros exames podem ser necessários para determinar o estadiamento da doença e definição do tratamento mais adequado para o caso (RIVETTI, 2014; BRASIL, 2016).

A padronização das condutas diagnósticas, o manejo terapêutico e a agilidade no encaminhamento são pilares importantes no tratamento do câncer (BRASIL, 2018).

O tratamento do CBC geralmente é a cirurgia, tendo o intuito de erradicar o tumor. Essa terapia deve envolver o tipo do tumor, a localização, tamanho e profundidade. Dessa forma têm-se a importância da biópsia para confirmação do tipo histológico. Fatores importantes como a idade, condições clínicas, tumor primário ou recorrente, limites e excisão incompleta também devem ser envolvidos na escolha terapêutica (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

Para a terapêutica do CEC, devem ser analisadas: a localização da lesão; o estadiamento do tumor (classificação T - *tumor*, N - *nodes*, M - *metastasis*), espessura do tumor (se crescimento vertical); o grau de diferenciação e subtipo histológico (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

A cirurgia excisional pode ser utilizada em todas as localizações do corpo e em todos os tipos de CBC. Também é o tratamento de escolha para o CEC primário. Apresenta a vantagem de possibilitar o controle das margens, apresentando índice de cura variando entre 83% e 97% para o CBC e de 97% em cinco anos para o CEC primário e 77% para o recidivado (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

Existe também, para o tratamento do CBC, uma modalidade terapêutica chamada de curetagem associada à eletrocoagulação. Essa técnica, que apresenta de 90% a

98% de cura, é aplicada somente em caso de CBC menor ou igual a 2 centímetros e não sendo do tipo esclerodermiforme ou micronodular (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

A curetagem com eletrocauterização, no caso do CEC, apresenta a desvantagem de não se ter controle da margem excisional. A crioterapia de nitrogênio líquido pode ser utilizada em caso de CEC não invasivo, porém também não apresenta controle da margem de excisão (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

No caso de tumores agressivos de CBC, sendo nesse caso os tipos esclerodermiforme e micronodular, para os tumores recidivados, grandes e invasivos e também para os CEC indiferenciados e mal diferenciados, existe uma técnica cirúrgica denominada cirurgia de Mohs. Este tipo de cirurgia permite a preservação do tecido, com controle de margens cirúrgicas no período intraoperatório (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

A abordagem terapêutica do MM é centrada no seu estadiamento. O tratamento da lesão primária é realizado com cirurgia ampliando das margens biópsia excisional prévia, sendo a extensão da ampliação determinada pela espessura do tumor (AZULAY, 2017).

A cirurgia é o principal tratamento do MM, sendo realizado o tratamento da lesão primária, tendo o índice de Breslow como parâmetro para controlar a margem de excisão; o tratamento locorregional, com linfadenectomia em caso de linfonodo suspeito ou histologicamente comprovado. Têm-se também o tratamento adjuvante, com finalidade de incrementar a taxa de cura em pessoas submetidas ao tratamento do MM de forma curativa definitiva, que pode ser feito com quimioterapia, radioterapia e imunoterapia (ABDALLA; NOGUEIRA; SILVA, 2013).

## 1.7 QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

A ideia de qualidade de vida (QV) teve início imediato após o término da Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos da América. Apresentou-se como uma ideia relacionada à conquista de bens materiais, incluindo investimentos e viagens. Com o passar dos anos, o termo QV passou a abordar também o conceito

social e a medir o desenvolvimento com outros indicadores, dentre eles: moradia, saúde e educação (ARRONQUI, 2011).

No âmbito da saúde, a QV relaciona-se com a repercussão das doenças e dos tratamentos que a influenciam (MENEQUIN; MATOS; FERREIRA, 2018). O termo QV foi introduzido na área da saúde devido ao aumento dos incrementos tecnológicos que proporcionaram a elevação da expectativa de vida em pacientes com quadros crônicos de saúde. Isto ocorre num contexto em que a pessoa passa a ser vista integralmente como um ser biopsicossocial (SILVEIRA e SILVA, 2012).

Dentre as suas diversas conceituações, a QV pode ser definida como sendo um construto multidimensional que inclui o bem-estar subjetivo, o funcionamento físico e os domínios emocional e social (MÜLLER et al, 2017). Outra definição de QV pertence ao Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS): a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (ARRONQUI, 2011; MENEQUIN; MATOS; FERREIRA, 2018).

O termo QV teve sua concepção no contexto em que a área da saúde sofreu avanços tecnológicos e onde a expectativa de vida aumentou. A nova visão da pessoa, especificamente os aspectos biopsicossociais do ser humano, faz com que se procure ter uma ótica mais integral do indivíduo (SILVA; CASTRO; CHEM, 2012). Segundo Menezes et al (2018), sua visão de QV consiste na relação com o valor concedido na vida frente aos acontecimentos que podem provocar danos a condição funcional do indivíduo, as suas percepções e as questões sociais que o envolvem, sendo estas influenciadas por doenças ou agravos, tratamento e políticas de saúde.

A depressão é uma doença crônica que pode afetar os pensamentos, o humor e a saúde física, sendo caracterizada por humor baixo, falta de energia, tristeza, insônia e incapacidade de aproveitar a vida. Apresenta-se como uma condição clínica geralmente subdiagnosticada, recorrente e relativamente comum (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; CUI, 2015).

Um quadro depressivo representa uma resposta comum aos problemas de saúde. Nesse contexto, a depressão pode ter em sua gênese e causa uma lesão ou doença. Dessa forma, várias pessoas que apresentam quadros depressivos procuram tratamento nos serviços de saúde para as suas queixas somáticas (SMELTZER; BARE, 2012).

Associa-se a depressão à incapacitação funcional e no comprometimento da saúde física, acarretando prejuízo ao bem estar do indivíduo, sendo que as pessoas com depressão utilizam mais os serviços de saúde. Sendo assim, os sintomas depressivos comprometem a QV do indivíduo (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013).

A ansiedade consiste em uma emoção representada por um sinal de alarme a um estímulo visto como temerário por parte do indivíduo. É uma condição caracterizada com a presença de sintomas físicos, podendo também apresentar pensamentos catastróficos e modificações no comportamento da pessoa (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013).

Os transtornos de ansiedade caracterizam-se por ser um dos principais transtornos observados na psiquiatria e na medicina (KUPFER, 2015). Esses transtornos provocam sofrimento psicológico, prejuízo e desfechos negativos na vida da pessoa, sendo um importante problema de saúde pública (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013). Todas as pessoas vão passar por algum grau de ansiedade em situações de sua vida que se apresentarão desafiadoras, novas e ameaçadoras (SMELTZER; BARE, 2012).

Pacientes que estão em ambiente médico-cirúrgico lutam com as questões psicossociais de ansiedade, depressão, perda e luto. Os distúrbios da imagem são um exemplo de uma situação que requer cuidados emocionais e físicos. Sendo assim, é fato que um elevado grau de ansiedade provoca a exacerbação do sofrimento fisiológico em uma pessoa (SMELTZER; BARE, 2012).

O estresse é conceituado como uma experiência de tensão e irritação onde o organismo reage a componentes físicos ou psicológicos em uma situação que promova medo, excitação ou confusão, sendo que esse quadro pode levar a ocorrência de depressão, taquicardia, desordem gastrintestinal, dentre outros (CESTARI et al., 2017).

Os eventos estressantes podem favorecer o crescimento do câncer e o surgimento de metástases devido à modulação do sistema nervoso, endócrino e imunológico. Uma reação contínua ao estresse pode desencadear distúrbios permanentes (DOURADO et al, 2018).

## 1.8 CÂNCER DE PELE RELACIONADO À QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

As neoplasias cutâneas podem provocar alterações na QV e alterações psicológicas na pessoa acometida (PEREIRA et al., 2017). Os casos de neoplasias da pele aparecem na região da cabeça e do pescoço, com incidência de cerca de 90% em homens e 95% em mulheres, sendo que, nesses casos, as pessoas podem apresentar a face desfigurada (SILVA; CASTRO; CHEM, 2012).

Em estudo realizado em pacientes com diagnóstico de câncer de pele, ficou evidenciado na amostra avaliada que a QV apresentou-se baixa em representações de doença cognitiva e emocional de forma preocupante. (PEREIRA et al., 2017). A QV do paciente com câncer de pele pode significar um sofrimento previsível, com a apresentação de sintomas de ansiedade e depressão, além das preocupações sociais (RADIOTS et al., 2017).

Existem estudos que evidenciam que a ansiedade e a depressão são mais comuns nas pessoas com câncer, em que o índice fica entre 20% e 48%, do que em outras condições crônicas à saúde. Muitos pacientes experimentam sintomas de ansiedade e depressão tanto no diagnóstico quanto durante todo o tratamento do câncer, fato que repercute na QV do paciente (SIMÃO et al., 2017).

O profissional enfermeiro tem o papel fundamental de fornecer o apoio psicossocial e informativo para os pacientes com câncer de pele, proporcionando assim uma melhor abordagem e conhecimento sobre essa área da oncologia (RADIOTS et al., 2017).

## 2 JUSTIFICATIVA

A enfermagem, dentro da área da oncologia, deve atuar no cuidado de forma integral (BAIA; SANTOS, 2013). Por ser considerada uma profissão social, e tendo aumentado seu papel nesse âmbito, tem produzido informações e resultados de processos que pode subsidiar tomada de decisões no combate ao câncer (CRESPO; SILVA; KOBAYASHI, 2007).

Sendo assim, a enfermagem deve formar conhecimentos sólidos, técnico-científicos e específicos para a assistência, com fundamento nos aspectos clínicos. Esses aspectos devem estar associados aos cuidados psicológicos, sociais, espirituais, políticos e éticos (BAIA; SANTOS, 2013).

Nesse contexto, são escassas as pesquisas envolvendo os tumores cutâneos no Brasil, ressaltando-se que o CPNM é o câncer de pele mais incidente no mundo e o MM, apesar da baixa incidência, é considerado um tumor muito agressivo e com alta letalidade. Para a temática do câncer de pele, têm-se que as ações de prevenção, detecção precoce e o diagnóstico precoce são essenciais para evitar abordagens tardias, metástases, sofrimento psicológico, impacto negativo na qualidade de vida e deformação da imagem corporal provocadas pelos tumores cutâneos malignos.

A enfermagem, como uma profissão social, e atuando na educação, na reabilitação e na pesquisa, tem o papel de contribuir para a elucidação das lacunas que envolvem essa doença que, no âmbito epidemiológico, possui alta magnitude e transcendência. Os impactos social, econômico e psicológico que o câncer propicia as pessoas, na sociedade e aos serviços de saúde tornam relevante o estudo dos fenômenos que envolvem o câncer de pele em todos os seus aspectos.

Dessa forma, o diagnóstico de câncer pode provocar na pessoa a sensação de desesperança e medo da morte, sendo esse fator acentuado em pessoas idosas, faixa etária na qual predomina o câncer de pele. O risco de deformação da autoimagem provocada pelo tratamento cirúrgico pode gerar angústia, ansiedade, sintomas depressivos e desencadear um processo patológico psíquico que afetará diretamente a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, das suas relações com as pessoas e também na sua QV. Nesse contexto, pode desencadear um desequilíbrio nas esferas emocional, afetiva e cognitiva da pessoa acometida.

Por conseguinte, justifica-se assim o delineamento dessa pesquisa ao considerar o câncer como um sério problema de saúde pública no Brasil; a elevada incidência do câncer de pele na população brasileira; a escassez de estudos sobre a QV e os sintomas de ansiedade, estresse e depressão para as neoplasias cutâneas; a necessidade do aumento do conhecimento técnico-científico nas ações de enfermagem para uma melhor assistência aos pacientes com câncer de pele, visando o acréscimo do conhecimento científico acerca do câncer de pele de uma forma geral.

Mediante o exposto, esse estudo respondeu as seguintes perguntas:

- a) quais são os escores de qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse dos pacientes com câncer de pele?
- b) existe influência dos fatores sociodemográficos e clínicos e o perfil laboral na presença dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse?
- c) qual a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e o perfil laboral sobre a qualidade de vida?
- d) qual é a correlação entre a qualidade de vida e a presença dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse?

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e do perfil laboral sobre os escores da qualidade de vida e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os pacientes segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e o perfil laboral.
2. Identificar a presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse por meio do questionário *Depression, Anxiety and Stress Scale*.
3. Identificar os escores da qualidade de vida pelo instrumento *Quality of Life Questionnaire "Core" 30 itens*.
4. Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e do perfil laboral sobre os sintomas de depressão, ansiedade e estresse.
5. Analisar a influência das características sociodemográficas, clínicas e do perfil laboral sobre os escores da qualidade de vida.
6. Correlacionar os escores de qualidade de vida com os sintomas de depressão, ansiedade e estresse.



## 4 MATERIAIS E MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa descritiva, correlacional, de corte transversal e com abordagem quantitativa. O estudo descritivo é aquele em que o pesquisador quer retratar as características e frequências nas quais um fenômeno ocorre. A pesquisa correlacional é aquela onde o pesquisador não manipula a amostra e quer analisar as relações existentes entre as variáveis. O método quantitativo mede e quantifica numericamente de forma precisa o evento que é estudado. O corte transversal significa que a exposição e a condição de saúde do participante são determinadas simultaneamente; a abordagem quantitativa consiste no registro e análise de dados numéricos (AMARAL, 2017; POLIT; BECK, 2019).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo (HCP), localizado no município de Patrocínio no interior de Minas Gerais. A cidade tem população estimada em 90.041 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,729 (IBGE, 2018).

O HCP é uma instituição filantrópica que atende pacientes com câncer do município de Patrocínio e região. A instituição iniciou suas atividades no ano de 2011 e atende todos os tipos de neoplasias, exceto tumores de cabeça e pescoço e tumores hematológicos; possui 11 leitos, as especialidades médicas oferecidas são a oncologia, pequena cirurgia, dermatologia e urologia. A equipe multiprofissional do HCP é composta pelos profissionais médico oncologista, enfermeiro, farmacêutico e psicólogo e terapeuta reikiano.

### 4.3 POPULAÇÃO

Este estudo foi realizado com pacientes com diagnóstico de câncer de pele, tendo sido avaliada a partir do eixo temporal compreendido de janeiro de 2016 a dezembro 2018, dentre os participantes que realizaram e ainda realizam tratamento para câncer de pele no HCP.

### 4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão dos participantes foram: idade superior ou igual a 18 anos, diagnóstico confirmado de câncer de pele mediante avaliação do resultado positivo de biópsia anatomopatológica, realização de tratamento no HCP entre janeiro de 2016 a dezembro de 2018, residir no município de Patrocínio – MG na decorrência do estudo.

### 4.3.2 Critérios de exclusão

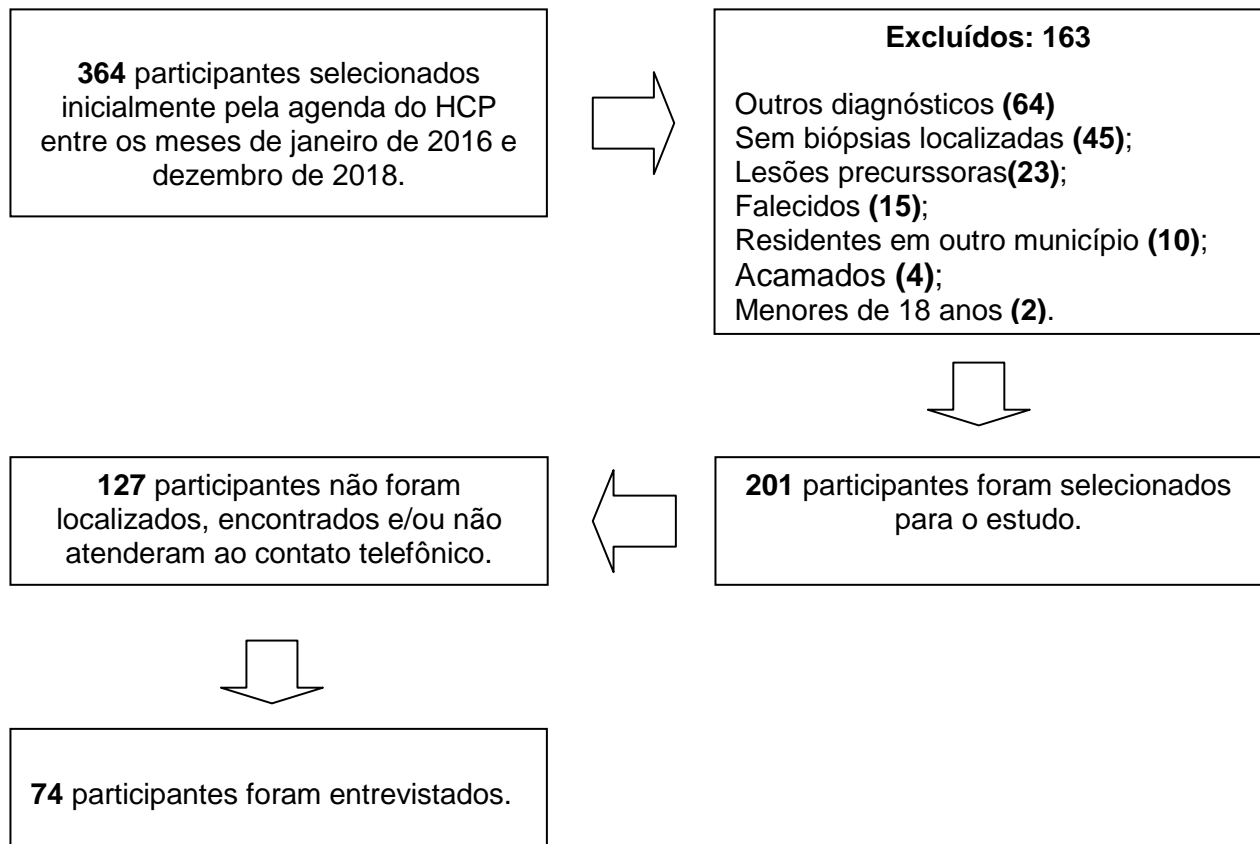
Para os critérios de exclusão, têm-se: os participantes que não apresentarem condições clínicas para responder aos questionários propostos, aqueles em que o resultado da biópsia não foi encontrado e os participantes não localizados após três tentativas de realização da entrevista.

### 4.3.3 Cálculo amostral

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação apriorístico,  $R^2 = 0,13$ , em um modelo de regressão linear com três preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de  $\alpha = 0,05$  e erro do tipo II de  $\beta = 0,2$ , resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 80%. Utilizando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão 13, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de  $n = 77$  sujeitos. As variáveis de desfecho principais foi o escore de Escala de Saúde Global e os escores de depressão, ansiedade e estresse.

Dessa forma, dos 364 participantes selecionados inicialmente para o estudo, de acordo com os critérios de inclusão, foram excluídos 163 pessoas pelos seguintes critérios: 15 tinham falecido; 45 não tiveram suas biópsias anatomopatológicas localizadas; 23 participantes tinham diagnóstico de lesões de pele precursoras e/ou não malignas; 64 participantes apresentavam outros diagnósticos; 10 participantes residiam em outro município; quatro participantes eram acamados; dois participantes eram menor de idade. Sendo assim, 201 participantes foram selecionados para o estudo, sendo que o total de participantes localizados e entrevistados foi de 74, conforme demonstrado a seguir na figura 1.

**Figura 1** – Fluxograma de participantes do estudo – Patrocínio/MG 2020



Fonte: Dados coletados pelo autor (2020).

#### 4.4 ASPÉCTOS ÉTICOS

O referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEPHC-UFTM), por meio da Plataforma Brasil, pelo parecer consubstanciado número 3.400.044 (ANEXO D). Os aspectos éticos foram baseados na Resolução 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

O HCP autorizou a realização do estudo mediante assinatura de carta de autorização pelo presidente da instituição, de forma que este documento esclareceu a natureza da pesquisa, o seu objetivo e solicitou a autorização prévia da entidade (ANEXO C).

Para a entrevista, foi solicitada aos participantes a anuência para participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade.

Posteriormente, foi solicitado por escrito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após apresentação do Termo de Esclarecimento (TE), previamente explicado a cada participante da pesquisa (APÊNDICE B).

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

A análise dos prontuários e dos exames de biópsia anatomopatológica dos participantes foi realizada no HCP pelo pesquisador. Posteriormente foi realizada a tentativa de contato telefônico prévio com os participantes para a realização do convite para participação no estudo e o agendamento das entrevistas, sendo um total de três tentativas em data diferentes.

Após os participantes que foram localizados por contato telefônico terem aceitado participar do estudo, foi realizada a visita na residência pelo pesquisador para a abordagem sobre: a justificativa e a importância do estudo; explicação do TE; assinatura do TCLE e a realização da entrevista com os questionários específicos. A média de duração de cada entrevista foi de 40 minutos.

Para os procedimentos de análise de prontuários, de exames de biópsia anatomopatológica e o de realização das entrevistas, a identificação dos participantes pelo pesquisador foi realizada com identificação numérica, resguardando assim o sigilo da identidade do participante durante todo o delineamento do estudo e após a sua finalização. O pesquisador apresentou aptidão e conhecimento para a aplicabilidade dos instrumentos, sendo treinado previamente.

#### 4.6. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os questionários utilizados no estudo tem a finalidade de coletar dos participantes dados sociodemográficos, clínicos, de perfil laboral, de qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

##### **4.6.1 Aspectos sociodemográficos e clínicos e perfil laboral**

Foi elaborado um instrumento contendo questões referentes às variáveis sociodemográficas, no qual são abordadas: idade, gênero, cor da pele, procedência, localização da residência, renda mensal, anos de estudo, estado civil e religião.

As variáveis clínicas tiveram em seu construto de análise: fototipo da pele; tipo de câncer; tipo histológico do tumor de pele; localização do tumor; presença de metástase; modalidade de tratamento; presença de recidiva do câncer; status atual do câncer; consumo de álcool; consumo de tabaco; presença de outra doença crônica além do câncer; presença de realização de tratamento medicamentoso para outra enfermidade crônica.

Na avaliação do perfil laboral o questionário abordou: horas de trabalho ao dia; horário em que trabalha; tipo de emprego; situação profissional; área de atuação profissional; histórico de exposição ao sol no trabalho; uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) no trabalho; uso de protetor solar no trabalho; orientação em seu trabalho sobre a prevenção do câncer de pele.

O questionário foi submetido à validação de conteúdo e aparência por três juízes especialistas no assunto (APÊNDICE A).

#### **4.6.2 – Quality of the Questionnaire Core (EORTC QLQ-C30)**

O EORTC QLQ-C30 é um instrumento elaborado para avaliar a QV em pacientes com câncer, sendo composto por 30 questões, cada uma contendo valores que variam entre 1 e 4, sendo respectivamente: (resposta 1); pouco (resposta 2); moderadamente (resposta 3); muito (resposta 4) (ANEXO A). A validação do instrumento para o Brasil ocorreu por Brabo (2006).

A divisão do QLQ-C30 acontece em três subescalas diferentes, como citado abaixo:

- Escala de Saúde Global (aspectos da saúde e QV gerais);
- Escala Funcional (domínios: físico; emocional; cognitivo; funcional; social);
- Escala de Sintomas (fadiga; náuseas e vômitos; dor; dispneia; insônia; perda de apetite; constipação; diarreia; dificuldades financeiras).

Na avaliação dos escores das três escalas no QLQ-C30, as medidas variam de 0 a 100 pontos. Dessa forma, um alto valor do escore determina um alto nível de resposta (FAYERS et al., 2001).

### 4.6.3 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse

O construto Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) consiste em uma ferramenta de coleta de dados validado para a população brasileira, composto por 21 perguntas que avaliam alterações de humor. É um conjunto de três subescalas de auto resposta de 0 a 4 pontos (0, 1, 2 e 3 pontos), do tipo Likert (ANEXO B). As respectivas pontuações de cada pergunta do DASS-21 são: não se aplicou de maneira alguma (resposta 0); aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo (resposta 1); aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo (resposta 2); aplicou-se muito, ou na maioria do tempo (resposta 3) (VIGNOLA; TUCCI, 2014). O somatório para cada domínio varia de 0 a 21 e, para se determinar o valor, cada domínio será multiplicado por dois.

Sendo assim, cada subescala do instrumento DASS-21 é composta por 7 itens, que tem como função avaliar os três estados emocionais de cada participante entrevistado: depressão, ansiedade e estresse. Respectivamente têm-se: questões 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 correspondem à escala de depressão; questões 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 são referentes à escala de ansiedade; questões 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18 correspondem à escala de estresse. O instrumento DASS-21 teve sua versão brasileira traduzida e validada para o português brasileiro por Vignolla & Tucci (2014). A pontuação dos escores dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, conforme o grau de severidade, são descritos a seguir no Quadro 1.

**Quadro 1**– Classificação da depressão, ansiedade e estresse conforme grau de severidade

<b>Classificação</b>	<b>Depressão</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Estresse</b>
<b>Normal</b>	0-9	0-7	0-14
<b>Leve</b>	10-13	8-9	15-18
<b>Modrado</b>	14-20	10-14	19-25
<b>Severo</b>	21-27	15-19	26-33
<b>Extremamente Severo</b>	28 ou mais	20 ou mais	34 ou mais

Fonte: Vignola; Tucci (2014).

#### 4.6.4 Variáveis do estudo

##### 6.4.1.1 Variáveis sociodemográficas

- Idade (em anos);
- Gênero (masculino, feminino);
- Etnia/Cor da pele (branco; negro; pardo; amarelo);
- Procedência (Minas Gerais; outro);
- Localização da residência (zona urbana; zona rural);
- Moradia (própria; alugada; institucionalizado);
- Com quem mora (sozinho; cônjuge; familiares);
- Renda mensal (até 1 salário mínimo; 1 a 2 salários mínimos; 2 a 4 salários mínimos; mais de 4 salários mínimos);
- Anos de estudo completo (em anos completos);
- Estado civil (casado(a)/união estável; solteiro(a), divorciado(a), viúvo(a)).

##### 4.6.4.2 Variáveis clínicas

- Fototipo da pele (queima com facilidade; queima moderadamente; queima pouco; raramente ou nunca);
- Tipo de câncer (MM; CPNM);
- Tipo histológico do tumor de pele (CBC; CEC; MM; CBC/CEC);
- Localização do tumor (cabeça e pescoço; tronco, dorso e membros)
- Presença de metástase (sim; não);
- Modalidade de tratamento (Cirurgia; outro);
- Presença de recidiva do câncer (sim; não);
- Status atual do câncer (em tratamento; em seguimento);
- Consumo de álcool (sim; não; ex-etilista há quantos anos?);
- Consumo de tabaco (sim; não; ex-tabagista há quantos anos?);
- Presença de outra doença crônica além do câncer (sim qual(is)?; não);
- Em tratamento medicamentoso para outra enfermidade crônica (sim; não).

#### 4.6.4.3 Perfil laboral

- a) Seu trabalho é (tempo integral; meio período; não se aplica);
- b) Horário em que trabalha (dia; noite; rotativo; não possui horário fixo; não se aplica):
- c) Tipo de emprego (formal; Informal; não se aplica);
- d) Situação profissional (ativo; inativo - aposentado, desempregado; outro);
- e) Área de atuação profissional: agropecuária; construção civil; saúde; educação; segurança; transporte, outros, não se aplica;
- f) Histórico de exposição ao sol no trabalho (incluindo aposentados e desempregados) (trabalha/trabalhou exposto ao sol integralmente; trabalha/trabalhou exposto ao sol parcialmente; trabalha/trabalhou exposto ao sol esporadicamente/ocasionalmente; não trabalha/trabalhou exposto ao sol; não se aplica);
- g) Uso de EPIs no trabalho (incluindo aposentados e desempregados) (sim; não; sem regularidade; não se aplica);
- h) Uso de protetor solar no trabalho (incluindo aposentados e desempregados) (sim; não; sem regularidade; não se aplica);
- i) Utiliza recursos como mangas longas, chapéus, entre outros (incluindo aposentados e desempregados) (sim; não; sem regularidade; não se aplica);
- j) Já foi orientado alguma vez em seu trabalho sobre a prevenção do câncer de pele (sim; não).

#### 4.6.4.4 Variáveis do QLQ-C30

- a) Escore de Saúde Global;
- b) Escore das Escalas Funcionais (funções física, emocional, cognitiva e social e desempenho de papel);
- c) Escore da Escala de Sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, dor, dispneia, insônia, apetite, constipação, diarreia, dificuldade financeira);



#### 4.6.4.5 Variáveis dos Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse

- a) Depressão;
- b) Estresse;
- c) Ansiedade.

### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos no estudo foram inseridos e organizados no programa *Microsoft® Office Excel® 2007* com dupla entrada, seguida de verificação para confirmação da consistência e consolidação. Posteriormente foram realizadas as análises estatísticas no programa *Satistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 22.0.

Para analisar o objetivo específico número 1, foi realizada a distribuição em frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e medidas de resumo de posição (média, mediana) e de medidas de variabilidade (amplitudes e desvio padrão) para as variáveis quantitativas.

Os objetivos específicos de dois e três foram analisados empregando-se medidas de centralidade (média, mediana), medida de dispersão (amplitudes e desvio padrão) e de consistência interna ( $\alpha$  de *Cronbach*).

Para atingir os objetivos de quatro e cinco foram realizadas a correlação de *Pearson* para preditores quantitativos e correlação de *Spearman* para os preditores quantitativos e categóricos. A influência simultânea de preditores sociodemográficos e clínicos sobre cada um dos desfechos (presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse; qualidade de vida) compreenderá a análise de regressão linear múltipla.

Para atender ao sexto objetivo foram apresentadas as medidas de correlação de *Pearson* entre as escalas de imagem corporal, de presença de sintomas de estresse, ansiedade e depressão e de qualidade de vida.

No estudo, as variáveis independentes foram: variáveis sociodemográficas e clínicas e o perfil laboral. As variáveis dependentes foram: resposta da qualidade de vida (Escore de Saúde Global) e da presença de sinais de depressão, ansiedade e estresse. As variáveis utilizadas na pesquisa para as correlações e a regressão linear múltipla foram escolhidas devido a sua importância clínica e análise de estudos

prévios sobre o tema. Este trabalho irá considerar nível de significância de  $p = 0,01$ .

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da população do estudo. Dos participantes, 20 (27%) eram adultos e 54 (63%) idosos; 50 (66,7%) eram do sexo feminino; 68 (94,6%) tinham a cor da pele branca; 66 (89,2%) residiam na zona urbana.

Ao serem questionados sobre a moradia, 71 (95,9%) dos participantes têm casa própria; 35 (47,3%) moram com familiares, 32 (43,2%) com cônjuge; 26 (35,1%) têm renda mensal de até 1 salário mínimo; a média de escolaridade foi de 4,93 anos de estudo por participante, com 51 (68,9%) dos participantes relatando ter entre zero e 4 anos de estudo; 34 (45,9%) dos participantes eram casados(as) e 24 (32,4%) viúvos(as).

**Tabela 1** -Distribuição dos participantes segundo as características sociodemográficas em frequência relativa, medidas de posição e medidas de dispersão (n=74). Patrocínio-MG, 2019

Variáveis	n (74)	(%)	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
<b>Idade</b>							
Adultos	20	27,0	41	92	69		11,6
Idosos	54	63,0					
<b>Gênero</b>							
Masculino	24	32,4	-	-	-	-	-
Feminino	50	67,6	-	-	-	-	-
<b>Etnia</b>							
Branco	68	94,6	-	-	-	-	-
Negro	0	0,0	-	-	-	-	-
Pardo	4	5,4	-	-	-	-	-
Amarelo	0	0,0	-	-	-	-	-
<b>Procedência</b>							
Minas Gerais	65	87,8	-	-	-	-	-
Outro	9	12,2	-	-	-	-	-
<b>Localização da residência</b>							
Zona Urbana	66	89,2	-	-	-	-	-
Zona Rural	8	10,8	-	-	-	-	-
<b>Moradia</b>							
Própria	71	95,9	-	-	-	-	-
Institucionalizado	3	4,1	-	-	-	-	-
Alugada	0	0	-	-	-	-	-
<b>Com quem mora</b>							

Sozinho	7	9,5	-	-	-	-	-
Cônjuge	32	43,2	-	-	-	-	-
Familiares	35	47,3	-	-	-	-	-
<b>Renda mensal:</b>							
Até 1 salário mínimo	26	35,1	-	-	-	-	-
1 a 2 salários mínimos	27	36,5	-	-	-	-	-
2 a 4 salários mínimos	12	16,2	-	-	-	-	-
Mais 4 salários mínimos	9	12,2	-	-	-	-	-
<b>Anos de estudo completo</b>							
≥ 9	11	14,9	0	20	4,93		4,43
5 – 8	12	16,2					
< 4	51	68,9					
<b>Estado civil:</b>							
Casado/união estável	34	45,9	-	-	-	-	-
Solteiro	6	8,1	-	-	-	-	-
Divorciado	10	13,5	-	-	-	-	-
Viúvo(a)	24	32,4	-	-	-	-	-

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

Na tabela 2, é apresentada a caracterização clínica da população do estudo. Têm-se que, para o fototipo de pele, 61 (82,4%) dos participantes afirmaram que sua pele queima com facilidade; 65 (87,8%) tinham CPNM e 9 (2,2%) MM; para o tipo histológico do câncer de pele, 53 (71,6%) eram CBC, 9 (12,1%) eram CEC, 4 (5,4%) tinham dois tipos simultâneos de tumor (CBC e CEC) e 8 tinham MM (10,8%).

Dos 74 participantes, 73 (98,6%) não apresentaram metástase; 74 (100%) realizaram a modalidade de tratamento cirúrgico; 64 (86,5%) não apresentaram recidiva do tumor; 60 (81,1%) participantes apresentavam alguma doença crônica com tratamento medicamentoso.

**Tabela 2** - Distribuição dos participantes com câncer de pele segundo as variáveis clínicas em frequência relativa, medidas de posição e medidas de dispersão (n=74). Patrocínio-MG, 2019

<b>Variáveis</b>	<b>n (74)</b>	<b>(%)</b>
<b>Fototipo da pele</b>		
Queima com facilidade	61	82,4
Queima moderadamente	8	10,8
Queima pouco	4	5,4
Raramente ou nunca.	1	1,4
<b>Tipo de câncer</b>		
Melanoma	9	12,2
Não melanoma	65	87,8
<b>Tipo histológico do tumor de pele</b>		
CBC	53	71,6
CEC	9	12,1
MM	8	10,8
CBC / CEC	4	5,4
<b>Presença de metástase</b>		
Sim	1	1,4
Não	73	98,6
<b>Modalidade de tratamento</b>		
Cirurgia	74	100,0
Outro	0	0,0
<b>Presença de recidiva do câncer:</b>		
Sim	10	13,5
Não	64	86,5
<b>Status atual do câncer:</b>		
Em tratamento	16	21,6
Em seguimento	58	78,4
<b>Consumo de álcool</b>		
Sim	14	18,9
Não	49	66,2
Ex-etilista	11	14,9
<b>Consumo de tabaco</b>		
Sim	13	17,6
Não	47	63,5
Ex-tabagista	14	18,9
<b>Presença de outra doença crônica além do câncer</b>		
Sim	60	81,1
Não	14	18,9

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019)

A tabela 3 apresenta a caracterização do perfil laboral da população do estudo. Encontrou-se que 47 (63,5%) dos participantes no momento são inativos (aposentados, pensionistas, desempregados, etc.) e 24 (33,8%) exercem atividades laborais.

As áreas predominantes de atuação profissional foram a agropecuária, com 25 (33,8%) participantes, os que declararam “outras áreas” com 20 (27%) indivíduos, a construção civil com 10 (3,5%) trabalhadores. O emprego informal, com 22 (29,7%) participantes, predominou sobre o emprego formal, que obteve 10 (13,5%) indivíduos.

**Tabela 3** -Distribuição dos participantes com câncer de pele segundo o perfil laboral em frequência relativa, medidas de posição e medidas de dispersão (n=74). Patrocínio-MG, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>n (74)</b>	<b>(%)</b>
<b>Seu trabalho é</b>		
Tempo integral	17	23,0
Meio período	2	2,7
Não se aplica	55	74,3
<b>Horário em que trabalha</b>		
Dia	18	24,3
Noite	6	2,7
Rotativo ou não possui horário fixo	2	8,1
Não se aplica	48	64,9
<b>Tipo de emprego</b>		
Formal	10	13,5
Informal	22	29,7
Não se aplica	42	56,8
<b>Situação profissional</b>		
Ativo	24	33,8
Inativo (aposentado, desempregado, do lar)	47	63,5
Outro	2	2,7
<b>Área de atuação profissional:</b>		
Agropecuária	25	33,8
Construção civil	10	3,5
Saúde	3	4,1
Educação	6	8,1
Segurança	0	0,0
Transportes	0	0,0
Outros	20	27,0
Não se aplica	10	13,5
<b>Histórico de exposição ao sol no trabalho (incluindo aposentados e desempregados)</b>		
Trabalha/trabalhou exposto ao sol integralmente	30	40,5
Trabalha/trabalhou exposto ao sol parcialmente	20	27
Trabalha/trabalhou exposto ao sol esporadicamente/ocasionalmente	7	9,5
Não trabalha/trabalhou exposto ao sol	11	14,9

Não se aplica	6	8,1
<b>Uso de EPIs no trabalho (incluindo aposentados e desempregados)</b>		
Sim	2	2,7
Não	63	85,1
Sem regularidade	1	1,4
Não se aplica	8	10,8
<b>Uso de protetor solar no trabalho (incluindo aposentados e desempregados)</b>		
Sim	14	18,9
Não	43	58,1
Sem regularidade	10	13,5
Não se aplica	7	9,5
<b>Utiliza recursos como mangas longas, chapéus e entre outros.</b>		
Sim	25	36,8
Não	49	66,2
<b>Já foi orientado alguma vez em seu trabalho sobre a prevenção do câncer de pele</b>		
Sim	4	5,4
Não	70	94,6

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

A tabela 4 mostra as duas áreas de localização do câncer de pele evidenciados no estudo.

**Tabela 4** -Distribuição da localização do tumor dos participantes com câncer de pele (n=74). Patrocínio-MG, 2019.

Localização	N	%
<b>Cabeça e pescoço</b>	55	74,3
<b>Tronco, dorso e membros</b>	19	25,7
<b>Total</b>	74	100

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

Na tabela 5 encontra-se a frequência absoluta e relativa da presença de doenças crônicas não transmissíveis apresentadas na amostra.

**Tabela 5** -Distribuição da presença de doenças crônicas não transmissíveis com câncer de pele n(n=74). Patrocínio-MG, 2019.

Presença de doença crônica	N	%
<b>Sim</b>	60	81,1
<b>Não</b>	14	18,9
<b>Total</b>	74	100

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

## 5.2 SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

Para a tabela 4, que apresenta a estatística descritiva das subescalas dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, encontrou-se 12 (16,21%) participantes com escore moderado e nove (12,16%) com escore muito severo para sintomas de depressão; 18 (24,32%) apresentaram escore de ansiedade moderada, 12 (16,21%) ansiedade severa e 11 (14,87%) ansiedade muito severa. Em relação ao estresse, 8 (10,81%) participantes apresentaram escore moderado, 12 (16,21%) severo e três (4,05%) muito severo.

**Tabela 6** - Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse dos participantes com câncer de pele do instrumento DASS-21. Patrocínio(MG), 2019.

Variáveis	Normal		Leve		Moderado		Severo		Extremamen- -te severo		Total
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>DASS-21 ESC-D</b>	46	62,16	7	9,45	12	16,21	0	0,00	9	12,16	74(100%)
<b>DASS-21 ESC-A</b>	27	36,5	6	8,10	18	24,32	12	16,21	11	14,87	74(100%)
<b>DASS-21 ESC-E</b>	44	59,45	7	9,45	8	10,81	12	16,21	3	4,05	74(100%)

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

Na tabela 7 estão apresentadas as medidas de dispersão e de posição para os escores do DASS-21. Encontrou-se que para os sintomas de depressão a média foi de 8,9 e o desvio padrão de 9,5; para os sintomas de ansiedade, média de 10,6 e desvio padrão de 6,9; já em relação aos sintomas de estresse, a média foi de 13,3 e o desvio padrão de 11,1.

**Tabela 7** - Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse dos participantes com câncer de pele do instrumento DASS-21. Patrocínio(MG), 2019

Domínios	Mín.	Máx.	Média	Mediana	Desvio padrão
<b>DASS-21 ESC-D</b>	0,00	34	8,9	6	9,5
<b>DASS-21 ESC-A</b>	0,00	30	10,6	10	6,9
<b>DASS-21 ESC-E</b>	0,00	40	13,3	10	11,1

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).



### 5.3 QUALIDADE DE VIDA

A tabela 8 apresenta os resultados das medidas de posição e variabilidade da QV. Na escala funcional, nos domínios função física, função social e função emocional, respectivamente com médias de 94,1, 93,7 e 89,2 foram os domínios do QLQ-C-30 que apresentaram melhor QV. Para a escala de sintomas, o sintoma dor foi apresentou média de 34,2; os sintomas de fadiga, náuseas e vômitos nos participantes, respectivamente apresentaram médias de 9,9 e 2,7. O estado geral de saúde teve avaliação positiva com média de 66,7.

**Tabela 8** -Medidas de posição e variabilidade para os domínios de qualidade de vida dos participantes com câncer de pele. Patrocínio(MG), 2019.

	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio padrão</b>
Estado Geral de Saúde (EGS)	13,7	100	66,7	66,7	17,9
<b>Escalas Funcionais</b>					
Função Física (FF)	0	100	94,1	100	18,6
Desempenho de papel (DP)	0	100	77,9	100	33,7
Função Emocional (FE)	0	100	89,2	100	25,3
Função Cognitiva (FC)	0	100	83,8	100	28,3
Função Social (FS)	0	100	93,7	100	18
<b>Escala de Sintomas</b>					
Fadiga (FAD)	0	100	9,9	0	22,6
Náuseas e vômitos (NAV)	0	66,7	2,7	0	10,7
Dor	0	100	34,2	33,3	34,9
Dispneia (DIS)	0	100	20,27	0	31,60
Insônia (INS)					
Perda de Apetite (PAP)	0	100	16,2	0	28,3
Constipação (CON)	0	100	12,2	0	26,2
Diarréia (DIA)	0	66,7	3,1	0	13,7
Dificuldades financeiras (DIF)	0	100	41,4	33,3	37,8

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

### 5.4 CORRELAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

A tabela 9 demonstra a correlação das variáveis sociodemográficas com o domínio Depressão do Instrumento DASS-21

**Tabela 9** - Correlação das variáveis sociodemográficas com o domínio Depressão do Instrumento DASS-21. Patrocínio(MG), 2019.

Pearson	Spearman		<i>r</i>	<i>P</i>
	<i>R</i>	<i>P</i>		
Idade	,371**	,001		
Anos de estudo completos	-,264*	,023		
Renda mensal			-,137	,244

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

Abaixo, na tabela 10, é apresentada a correlação das variáveis sociodemográficas com o domínio Ansiedade do Instrumento Escala de depressão, ansiedade e Estresse.

**Tabela 10** -Correlação das variáveis sociodemográficas, clínicas e do perfil laboral com o domínio Ansiedade do Instrumento DASS-21. Patrocínio(MG), 2019

Pearson	Spearman		<i>r</i>	<i>R</i>
	<i>R</i>	<i>R</i>		
Idade	,292	,012	-	-
Anos de estudo completos	-,092	,436	-	-
Renda mensal	-	-	-,152	,197

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

É apresentada na Tabela 11 a correlação das variáveis sociodemográficas com o domínio Estresse Instrumento DASS-21.

**Tabela 11** -Correlação das variáveis sociodemográficas, clínicas e perfil laboral com o domínio Estresse do Instrumento DASS-21. Patrocínio(MG), 2019.

Pearson	Spearman		<i>r</i>	<i>R</i>
	<i>R</i>	<i>R</i>		
Idade	,020	,864	-	-
Escolaridade	,073	,539	-	-
Renda mensal	-	-	-	,328

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

## 5.5 CORRELAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

**Tabela 12** - Correlação da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas dos participantes com câncer de pele. Patrocínio(MG), 2019.

EORTC-QLQ- C30	Idade***		Renda Mensal****		Escolaridade***	
	<i>R</i>	<i>P</i>	<i>R</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
EGS	-,292*	,012	,028	,811	,095	,421
FF	-,445	,000	,245	,096	,178	,130
DP	-,564	,000	,128	,277	,237	,042
FE	-,084	,475	-,174	,139	-,043	,715

<b>FC</b>	-,217	0,64	-,017	,886	,060	,610
<b>FS</b>	-,402**	,000	-,003	,979	,143	,224
<b>FAD</b>	,480**	,000	-,208	,076	-,246*	,035
<b>NAV</b>	,050	,672	,110	,352	,154	,189
<b>DOR</b>	,218	,063	-,110	,351	-,121	,306
<b>DIS</b>	,331**	,004	-,170	147	-,117	,320
<b>INS</b>	,049	,680	,050	,674	-,083	,480
<b>PAP</b>	392**	,001	-,148	,208	-,217	,063
<b>COM</b>	,179	,127	-,067	,572	,003	,978
<b>DIA</b>	-,001	,991	-,302**	,009	,034	,776
<b>DIF</b>	-,292*	,012	-,355**	,002	-,193	,099

\*  $r$  magnitude do coeficiente de correlação (- 1 e 1) . \*\*  $p$ : estatisticamente significativo quando menor ou igual a 0,05. \*\*\*Correlação de Pearson; \*\*\*\*Correlação de Spearman. Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

A tabela 12 demonstra cada um dos 145 domínios do QLQ-C30 correlacionados com as variáveis sociodemográficas idade, renda mensal e escolaridade.

## 5.6 CORRELAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

Na tabela 13 estão apresentados a correlação dos 15 domínios do QLQ-C30 com as três subescalas da DASS-21 (Depressão, Ansiedade e Estresse).

**Tabela 13** - Correlação da qualidade de vida com os sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Patrocínio(MG), 2019.

	DASS-21 ESC-A		DASS-21 ESC-E		DASS-21 ESC-D	
	* $r$	** $p$	$R$	$p$	$r$	$P$
<b>EGS</b>	-,282	,015	-,145	,216	-,550**	,000
<b>FF</b>	-,227	,052	,094	,424	-,427**	,000
<b>DP</b>	-,355**	,002	-,134	,253	-,429**	,000
<b>FE</b>	-,472**	,000	-,595**	,000	-,388**	,001
<b>FC</b>	-,382**	,001	-,126	,285	-,390**	,001
<b>FS</b>	-,165	,159	-,120	,310	-,502**	,000
<b>FAD</b>	,323**	,005	-,015	,902	,589**	,000
<b>NAV</b>	,100	,397	-,014	,906	,136	,248
<b>DOR</b>	,294*	,011	,210	,073	,396**	,000
<b>DIS</b>	,434**	,000	,106	,371	,315**	,006
<b>INS</b>	,501**	,000	,808**	,000	,301**	,009
<b>PAP</b>	,433**	,000	,281*	,015	,312**	,007
<b>COM</b>	,300**	,009	,069	,560	,147	,211
<b>DIA</b>	,026	,823	,003	,977	,096	,417
<b>DIF</b>	,194	,098	,100	,398	,380**	,001

\*  $r$  magnitude do coeficiente de correlação (- 1 e 1) . \*\*  $p$ : estatisticamente significativo quando menor ou igual a 0,05. Teste de Correlação de Pearson. Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

A tabela 14 apresenta o resultado da análise de regressão linear, tendo-se como desfecho escore global de qualidade de vida. Podemos observar que o preditor estaticamente significativo foi: idade, impactando negativamente na percepção da qualidade de vida, sendo que na medida em que a idade aumenta, a QV diminui ( $\beta = - 0,31$ ;  $p = 0,010$ ).

**Tabela 14** - Regressão Linear para variáveis sociodemográficas e clínicas e o domínio Escala de Saúde Global do QLQ-C30. Patrocínio(MG), 2019.

	B	P
<b>Sexo</b>	1,475	0,737
<b>Idade</b>	-8,787	0,163
<b>Tipo de câncer</b>	-0,477	0,010

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

Abaixo, na tabela 15, pode-se constatar pela regressão linear que a idade influencia nos sintomas de ansiedade ( $\beta = 0,147$ ;  $p = 0,025$ ), sendo que as mulheres apresentaram maior ansiedade ( $\beta = 5,203$ ;  $p = 0,001$ ).

**Tabela 15** -Regressão Linear para variáveis sociodemográficas e clínicas e o domínio Ansiedade do DASS-21. Patrocínio(MG), 2019.

	B	p
<b>Sexo</b>	5,203	0,001
<b>Idade</b>	-0,147	0,025
<b>Tipo de câncer</b>	2,756	0,220

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

A tabela 16 apresenta a regressão linear das variáveis sociodemográficas e clínicas com o domínio Depressão, respectivamente com impactos na idade ( $\beta = 0,317$ ;  $p = <0,001$ ) e para a escolaridade ( $\beta = -4,165$ ;  $p = 0,005$ ).

**Tabela 16** - Regressão Linear para variáveis sociodemográficas e clínicas e o domínio Depressão do DASS-21. Patrocínio(MG), 2019.

	B	P
<b>Sexo</b>	1,186	0,600
<b>Idade</b>	0,317	<0,001
<b>Tipo de câncer</b>	4,835	0,137
<b>Escolaridade</b>	-4,165	0,005

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

A Regressão Linear da presença de DC e o domínio EGS do QLQ-C30 são apresentados abaixo na Tabela 17.

**Tabela 17** - Regressão Linear para variável clínica Presença de Doença Crônica e o Domínio Escala de Saúde Global do QLQ-C30. Patrocínio(MG), 2019.

	B	P
<b>Presença de Doença Crônica</b>	0,003	0,026

Fonte: Danos coletados pelo autor (2019).

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E LABORAIS

Conforme o INCA, o câncer de pele é mais comum em pessoas acima 40 anos e é raro em crianças e negros, com exceção daqueles já portadores de doenças cutâneas, o que foi confirmado pelas evidências neste estudo. Na amostra, 63,0% dos participantes eram idosos e não houve ninguém que apresentasse idade inferior a 41 anos. Nessa pesquisa, 94,6% dos participantes eram brancos e 82,4% declararam que sua pele queima com facilidade na exposição à luz solar. Tem-se na literatura científica que as pessoas de pele clara, as quais são mais sensíveis à ação dos raios solares, são as mais atingidas e diagnosticadas pelas neoplasias cutâneas (BELFORT; SCHMERLING, 2013; GORDON et al., 2016; KALLINI; HAMED; KHACHEMOUNE, 2015; MARZUKA; BOOK, 2015; URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015; AZULAY, 2017; ACS; 2019; INCA, 2019).

Em estudo realizado por PEREIRA et al (2017), dos 106 participantes do estudo, 67,0% apresentavam CPNM e média de idade de 66,4 anos. Já em estudo de MÜLLER et al (2017), com 172 pacientes diagnosticados com CPNM, a média de idade foi de 70 anos. Nesse estudo, evidenciou-se uma média de idade de 69,0 anos dentre a amostra, corroborando estudos anteriores sobre o câncer de pele.

Ressalta-se, conforme os dados analisados acima, a importância das ações de prevenção, conscientização e de detecção precoce do câncer de pele na população em todas as faixas etárias. Sendo o câncer de pele uma doença que aumenta o risco de desenvolvimento com o aumento da idade, torna-se imprescindível a proteção contra os efeitos danosos da RUV já com início na juventude. Em estudo de Gallagueret al. (1995), concluiu-se que a infância e a adolescência podem ser considerados um período crítico para o estabelecimento de que a exposição a RUV, em indivíduos que queimam a pele com facilidade, confere risco de desenvolvimento de CBC em adultos. Este estudo apresentou 67,5 % da amostra relatando que houve exposição ao sol integralmente ou parcialmente em algum período da vida. É importante ressaltar que com a constante exposição de jovens aos raios solares, a média de idade de diagnóstico com câncer de pele vem diminuindo, atingindo cada vez mais pessoas mais novas (PETERS, 2012; KALLINI;

HAMED; KHACHEMOUNE, 2015; MARZUKA; BOOK, 2015; PAVRI, et al, 2016; ACS, 2019; INCA, 2019).

A enfermagem, por ser considerada uma profissão social, tem produzido informações e resultados de processos que pode subsidiar tomada de decisões no combate ao câncer (CRESPO; SILVA; KOBAYASHI, 2007). Os enfermeiros devem atuar tanto nas ações de promoção da saúde, prevenção do câncer de pele, auxílio na detecção precoce, no tratamento, na reabilitação e na assistência integral ao paciente.

Segundo a *American Cancer Society* (2019), o CPNM é mais comum em homens, pelo fato destes apresentarem uma maior exposição solar do que a mulheres; as estimativas para o CPNM do INCA para o Brasil no ano de 2018 é maior para homens do que para as mulheres. Em estudo de MÜLLER et al (2017), o número de homens acometidos pelo câncer de pele foi superior ao de mulheres. Esse fato não foi evidenciado nesse estudo, onde a incidência de CPNM foi maior nas mulheres, com 67,6% dos casos. Têm-se que nos Estados Unidos a incidência de CBC vem aumentando entre as mulheres com idade inferior a 40 anos e que o CEC é comum a partir dos 60 anos de idade (KALLINI; HAMED; KHACHEMOUNE, 2015; MARZUKA; BOOK, 2015; ACS, 2019; BRASIL; 2019).

Analisando a incidência do CPNM, o CBC apresentou-se conforme relatado na literatura como o mais incidente, respondendo por 71,6% dos tumores detectados nesse estudo. O CBC, além de ser o tipo histológico de câncer de pele mais comum, é o menos agressivo, com menor ocorrência de metástase, o que se confirmou nesse estudo. O CEC apareceu em segundo lugar nessa investigação, com relação à incidência, com 12,1% dos casos confirmados. Conforme a literatura científica, o CEC possui incidência menor do que o CBC e maior do que o MM, fato averiguado nos resultados dessa pesquisa (KALLINI; HAMED; KHACHEMOUNE, 2015; MARZUKA; BOOK, 2015; URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015; MÜLLER, 2017; GARCÍA-MONTERO; GÁLVEZ-ARANDA; TROYA MARTÍN, 2018; ACS; 2019; BRASIL, 2019).

O próprio Ministério da Saúde reconhece que há uma subnotificação do CPNM, o que consiste em um grave problema de saúde pública. O CPNM possui uma letalidade baixa, porém pode levar a pessoa acometida a deformidades físicas, ulcerações graves e assim elevar os custos financeiros para os serviços de saúde (FERREIRA; NASCIMENTO; ROTTA, 2011). Em estudo sobre o CPNM e o MM na

África do Sul, realizado por Gordon et al (2016), concluiu-se que os custos financeiros do tratamento das neoplasias cutâneas é considerável, e, em se tratando de uma doença consideravelmente evitável através de melhorias nos programas de conscientização e prevenção, os recursos financeiros gastos com o tratamento da doença poderiam ser utilizados em questões urgentes de saúde pública na África do Sul. Para a realidade brasileira, esse fenômeno observado na África do Sul é perfeitamente aplicável, visto a complexidade dos desafios que a saúde pública brasileira vivencia, inclusive financeiros.

Apesar de menor incidência e maior agressividade, o MM aparece com 10,8% da incidência de câncer de pele nesse estudo, ficando em terceiro lugar em relação ao CBC e CEC. Têm-se na literatura científica que 80% dos casos de MM são diagnosticados em um estágio localizado, momento em que se apresentam curáveis. Ressalta-se que apesar da menor incidência, o MM é o tipo histológico de câncer de pele mais agressivo e responsável pelo maior número de óbitos pela doença (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015; HAMEL, 2016; ACS, 2019; INCA, 2019; CHOPRA; SHARMA; RAO, 2020).

Segundo PEREIRA et al. (2017), houve uma elevada incidência de MM em seu estudo, correspondendo a 33,0% dos casos. Nessa pesquisa, destacou-se que a incidência do MM foi responsável por 10,8% dos casos, corroborando relatos da literatura de que a incidência do MM vem sofrendo aumento nas últimas décadas. Segundo o INCA, o MM no Brasil é responsável por 3% dos cânceres de pele (URBA; WASHINGTON; NADIMINT, 2015; HAMEL, 2016; BRASIL, 2019).

Com relação ao tratamento do CPNM e do MM, a modalidade mais comum é a cirurgia de excisão e a excisão de Mohs. Nessa pesquisa, 100,0% dos pacientes realizaram tratamento cirúrgico (MARZUKA; BOOK, 2015; SIMÕES; SOUSA; PAIS, 2015; MÜLLER et al., 2017 SANCHEZ et al, 2019).

Destaca-se que a média de escolaridade foi de 4,93 anos de estudo; 45,9% dos participantes são casados, sendo que 43,2% moravam somente com os cônjuges e 47,3% com os familiares. Em estudo com pacientes sobre qualidade de vida em paciente com câncer de pele, 65,1% da amostra eram casados. Já em estudo de Radiotset al (2017), 64,3% dos participantes eram casados. Na pesquisa sobre a QV nos participantes com câncer pele desenvolvida por MÜLLER et al., (2017), 65,1% dos participantes eram casados. Segundo Menezes et al (2018), em seu estudo sobre QV e câncer, 50% da amostra era casada.



Este estudo apresentou, com relação à localização do tumor, 74,3% dos participantes com localização do câncer de pele na região da cabeça e pescoço, semelhante a estudos recentes sobre o câncer de pele (KALLINI; HAMED; KHACHEMOUNE, 2015; MARZUKA; BOOK, 2015; MÜLLER et al., 2017; GARCÍA-MONTERO; GÁLVEZ-ARANDA; TROYA MARTÍN, 2018; SANCHEZ, et al., 2019). Segundo Radiotset al. (2017), em estudo sobre preocupações, angústias da QV para neoplasias cutâneas, sua amostra apresentou incidência de 96,4% de CPNM com localização na região da cabeça. Para Sanchez et al. (2019), 80% dos CPNM ocorreram na região cervicofacial. No estudo de García-Montero (2018), 80% dos tumores de pele foram localizados na região da cabeça e pescoço.

A escolaridade relatada pelos participantes foi baixa, com predominância de até 4 anos de estudo (68,2%), evidência encontrada também em estudos sobre o câncer de pele (SIMÕES; SOUSA; PAIS, 2011; MÜLLER et al., 2017). A maior parte da amostra residia na zona urbana (89,2%), estando de acordo com estudos que envolvem paciente com câncer de pele (MENEZES et al., 2018).

Em estudo realizado por MÜLLER et al. (2017), mais de 50% da amostra apresentavam entre uma e três comorbidades crônicas. Nessa pesquisa, constatou-se que 81,1% dos participantes apresentaram entre uma e mais doenças crônicas, corroborando pesquisa realizada por GJORUP, et al., 2017.

Com relação ao perfil laboral dos pacientes, evidenciou-se também nessa pesquisa que 94,6% dos participantes nunca receberam orientações sobre prevenção do câncer de pele em suas atividades laborais. Em estudo de SIMÕES et al. (2011), é averiguado que em trabalhadores que atuavam na construção civil, foi constatado o pouco conhecimento destes acerca das causas do câncer de pele (incluindo estilo de vida e hereditariedade). É importante o desenvolvimento e atuação na prevenção primária e secundária do câncer de pele.

O emprego informal prevaleceu sobre o formal e o número de pessoas que se declararam inativas (63,5%) (aposentados, desempregados, do lar) foi superior a de pessoas que se declararam ativas (33,8%). Esse dado pode ser explicado pela maior parte da amostra ser idosa.

A área de maior concentração de profissionais foi a agropecuária, correspondendo a 33,8% da amostra; os trabalhadores da construção civil representaram 13,5%. Por se tratar de funções laborais com contínua exposição à RUV, infere-se a maior incidência de tumores de pele na região da cabeça e

pescoço. As pessoas que residem em proximidade da linha do Equador e que tenham tido uma exposição solar contínua têm maior risco de desenvolvimento do CBC. As pessoas que trabalham em áreas de exposição solar como agricultura e construção civil têm maior incidência de câncer de pele (MARZUKA; BOOK, 2015; KALLINI; HAMED; KHACHEMOUNE, 2015; CHOPRA; SHARMA; RAO, 2020).

Dos participantes do estudo, somam-se 67,5% aqueles que declararam ter tido exposição solar contínua ou parcial durante atividades laborais ou outras atividades em algum período da vida. Destaca-se, dentre os resultados, que 58,3% das pessoas relataram que não fizeram ou não fazem atualmente o uso do protetor solar e 13,8% utilizaram ou utilizam sem regularidade; 66,2% nunca usaram ou não usam nenhum tipo de proteção contra o sol como chapéu, bonés e mangas compridas para proteção membros superiores.

## 6.2 QUALIDADE DE VIDA

Para Lee et al. (2013), o tratamento do CPNM concentra-se tradicionalmente na minimização das suas complicações e na recorrência. No entanto, a avaliação da QV e da satisfação do paciente também são importantes. Na década de 70, a QV começou a ser avaliada na área da saúde para o paciente oncológico. Isso se explica pelo fato de o câncer ser uma doença agressiva e com potencial de provocar mutilação, causando imenso sofrimento na pessoa acometida (SILVA; CASTRO; CHEM, 2012).

Sabe-se que o câncer e o seu tratamento podem interferir negativamente na percepção da QV. Dessa forma, a avaliação da QV é considerada um parâmetro importante em oncologia (MENEZES et al, 2018). Realizar pesquisas sobre QV é fundamental para o levantamento dos parâmetros que são afetados e o planejamento das ações de enfermagem para a reabilitação em pacientes com câncer (ZANDONAI et al, 2010). Dessa forma, essa pesquisa teve como um de seus objetivos a avaliação da QV, através do instrumento QLQ-C-30, nos participantes com CPNM e MM, uma proposta que não foi encontrada na literatura científica brasileira até o momento. Apenas um estudo envolvendo a QV com CPNM foi encontrado na literatura brasileira, onde foi apresentada uma amostra de 45 pacientes com diagnóstico somente de CPNM, não tendo casos de MM; o instrumento utilizado para avaliar a QV foi o Índice de Qualidade de Vida em

Dermatologia (DLQI) e foram coletadas variáveis sociodemográficas em sua análise para realização das correlações (FERRI et al, 2017).

Vários estudos internacionais sobre o câncer de pele relatam que a QV na pessoa com câncer de pele é um fenômeno muito pouco estudado; também é relatado que existem poucas pesquisas avaliando instrumentos específicos que avaliem a QV em pacientes com tumores cutâneos (GAULIN; SEBARATNAM; FERNANDEZ-PEÑAS; SANCHEZ, et al.; WALI et al, 2019). Visando a melhoria das políticas de saúde e demais avanços voltados a área oncológica, quanto maior e mais preciso for o conhecimento acerca das diversas realidades sobre os diferentes tipos de câncer, melhor poderão ser as abordagens a essa doença no futuro.

Evidenciou-se, nessa pesquisa, dentre os 74 participantes, médias elevadas nas escalas funcionais do QLQ-C30, todas acima de 60,0, estando acima da média e evidenciando uma satisfatória QV para a amostra estudada. A média da EGS expressou-se satisfatória (66,7). Quanto mais próximo o escore estiver de 100, melhor é a QV. Na escala de sintomas, o sintoma dificuldade financeira (DIF) apresentou uma média mais baixa (41,4). Têm-se que o CPNM exerce um pequeno, mas apreciável decréscimo na QV; esse fenômeno pode ser observado nesse estudo (GAULIN; SEBARATNAM; FERNÁNDEZ PEÑAS, 2015). Segundo Lee et al. (2013), a QV dos pacientes melhorou após a realização da cirurgia de excisão do CPNM. Pelas médias satisfatórias de QV, esses dois fatos podem ser semelhantes aos encontrados nessa pesquisa, conforme visto na literatura científica.

Em estudo de Menezes et al. (2018), uma pesquisa exploratória, transversal e descritiva sobre a QV em pacientes com diferentes tipos de câncer, incluindo o câncer de pele, com uma amostra de 71 pessoas, encontrou-se QV satisfatória nos domínios funcionais; esses dados corroboram os encontrados nesse estudo, no qual a QV dos pacientes com CPNM e MM foi satisfatória.

Segundo MULLER (2017), o CPNM é uma doença crônica e afeta a QV. Dessa forma, o câncer de pele associa-se com o adoecimento psicológico e alterações na imagem corporal, o que pode impactar negativamente a QV do indivíduo. Sendo assim, pessoas que relatam pior QV apresentam altos níveis de ansiedade (PEREIRA; BAIA; MACHADO, 2016). Para Radiotset al. (2014), em um estudo transversal com pessoas com CPNM, a QV para o paciente com CPNM se relaciona com os sintomas de depressão e ansiedade. Nessa pesquisa esse fenômeno não foi observado, sendo que os escores de sintomas de ansiedade na

amostra foram encontrados, porém a QV geral apresentou média satisfatória. Mesmo assim, houve correlação significativa da QV com os sintomas de depressão e ansiedade nesse estudo.

Segundo Pereira (2016), existe a necessidade de intervenção em pacientes com câncer de pele na QV para a esfera psicológica, independentemente do tipo de tumor de pele. Dessa forma, essa pesquisa considerou a avaliação dos pacientes com CPNM e MM simultaneamente, não excluindo nenhum tipo histológico de câncer de pele, buscando assim compreender os sintomas psicológicos que poderiam estar acometendo essas pessoas, aumentando os saberes sobre essa temática.

Nesse estudo, o domínio de Escala de Saúde Global do QLQ-C30 foi influenciado negativamente, com uma percepção diminuída da QV pelo aumento da idade ( $\beta = - 0,31$ ;  $p = 0,010$ ). Houve alteração na QV associada a variáveis sociodemográficas e clínicas, respectivamente a idade e a presença de doença crônica não transmissível ( $\beta = 0,26$ ;  $p = 0,026$ ).

Em um estudo de revisão sistemática da literatura, realizada por Hamel (2016), que avaliou os fatores associados à QV em indivíduos que sobreviveram ao MM, as mulheres apresentaram menor QV e mais sintomas psicológicos comparado aos homens, fato que ocorreu nesse estudo; de forma geral, a variável idade mostrou-se influenciadora na QV, fenômeno também evidenciado nessa pesquisa. Nesse mesmo estudo de Hamel (2016), é relatado que comumente as pessoas que sobrevivem a um câncer apresentam níveis de QV semelhantes ou melhores do que a população em geral (HAMEL et al., 2016). Esse fato pode ser observado nessa pesquisa, onde não foram observadas impactantes alterações na QV dos pacientes, apesar desse estudo ter apresentado como uma de suas limitações a não avaliação do tempo de diagnóstico em sua análise estatística.

O estudo não evidenciou alteração na QV relacionada ao tipo de câncer de pele na regressão linear. Não foi evidenciado na literatura científica que o tipo de tumor influenciasse na QV (LEE et al, 2013; HAMEL et al., 2016; MULLER (2017); PEREIRA et al, 2017; GARCÍA-MONTERO; GÁLVEZ-ARANDA; TROYA MARTÍN, 2018; SANCHEZ, et al, 2019).

Percebe-se que a avaliação da QV do paciente com câncer de pele é carente de resultados conclusivos e que possa se relacionar a cada tipo de tumor separadamente, visto as diferenças de agressividade e prognóstico entre eles,

especialmente o CPNM e o MM. A avaliação da QV em pacientes com câncer de pele consiste em uma área que carece de elaboração e da adaptação de instrumentos que sejam suficientemente sensíveis a essa área específica da oncologia.

O impacto sofrido na QV pelas pessoas com CPNM é um dos aspectos mais importantes a serem avaliados e carece de ter relevância na prática clínica (García-Montero et al., 2018; SANCHEZ et al, 2019). São escassos os dados que avaliam a QV dos pacientes com CPNM tratados com procedimento cirúrgico (SANCHEZ et al., 2019). Sendo o tratamento cirúrgico o predominante para o CPNM e MM, é importante que estudos mais específicos sejam feitos envolvendo a QV nesses indivíduos. Para Hamelet et al. (2016), a compreensão das características que influenciam na QV permitem uma abordagem personalizada ao indivíduo com câncer. Dessa forma, essa pesquisa abre um amplo espaço para a elaboração de conhecimentos diversos e de diferentes abordagens acerca da QV em pessoa com CPNM e MM.

### 6.3 SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

Apesar do aumento das possibilidades terapêuticas e das chances de cura do câncer, os pacientes recebem esse diagnóstico como um evento traumático. Mesmo que a doença apresente um bom prognóstico, o indivíduo sofre as alterações na sua auto imagem, na vida familiar e no papel laboral. Sendo assim, o apoio psicológico a pessoa com câncer é fundamental e inquestionável, tanto para a prática clínica quanto para as políticas de saúde (HOFF, 2013; LONGO, 2015; TUCKMAN, 2017; WHANG et al, 2019).

Segundo Tuckman (2017), condições de câncer de pele geralmente têm um impacto psicológico no indivíduo. Historicamente, a avaliação das terapias contra o câncer tem tido o seu foco voltado aos resultados médicos. Embora esses resultados permaneçam ainda como centrais, a avaliação da determinação do impacto do câncer e do seu tratamento na saúde física, emocional e social tem, nas últimas décadas, ganhado cada vez mais importância (MÜLLER et al 2017). É promissor observar que uma visão holística do indivíduo com câncer tem sido observada na área oncológica ultimamente. Sendo o câncer de pele o mais incidente no mundo, essa avaliação integral do indivíduo, em todos os seus aspectos,

inclusive os dos sintomas psicológicos, deve ser o foco de estudos científicos que detectem os problemas que mais afligem a pessoa com câncer de pele, para proporcionar a possibilidade de melhoria na assistência, desde a primeira abordagem, o diagnóstico, o tratamento e a alta.

Para Wang et al. (2019), em estudo de revisão sistemática, está bem documentada a relação entre depressão, ansiedade e câncer, porém permanece incerta; nessa pesquisa foi evidenciado que estados de depressão e de ansiedade aumentam o risco do desenvolvimento do câncer, de mortalidade por câncer e mortalidade de outras causas que envolvem o indivíduo com câncer. Dessa forma, este estudo avaliou como importante verificar os sintomas psicológicos dos participantes diagnosticados com CPNM e MM (HOFF, 2013; LONGO, 2015; SIMÃO et al., 2017; WHANG et al., 2019).

Nessa pesquisa, a avaliação dos domínios do DASS-21 evidenciou que, na amostra, 16,21% dos indivíduos apresentaram-se com nível moderado e 12,16% com grau muito severo de depressão; 24,32% apresentaram grau moderado de ansiedade, 16,21 % dos participantes tiveram níveis severos e 14,87% manifestaram grau muito severo para ansiedade; 10,81 apresentaram grau moderado de estresse, 16,21 manifestaram nível severo de estresse e 4,05% tiveram grau muito severo. Dessa forma, totalizou-se entre os graus moderado e muito severo: 28,37% para depressão; 55,40% para ansiedade; 31,07% para o estresse.

Para Simão et al. (2017), está evidenciado na literatura científica que a depressão e a ansiedade são mais comuns nas pessoas com câncer (entre 20% e 48%) do que em outras condições crônicas à saúde. Os sintomas de ansiedade e depressão são presentes tanto no diagnóstico quanto no tratamento do câncer. A depressão e a ansiedade são muito prevalentes entre pacientes com diagnóstico de câncer, podendo afetar de 10% a 20% dos pacientes com câncer (WANG et al, 2019).

Nessa pesquisa, os sintomas de ansiedade mostraram-se significativos para a variável sexo, onde as mulheres apresentaram maior ansiedade que os homens ( $\beta = -0,31$ ;  $p = 0,010$ ). Em estudo de Radiotset al. (2014), envolvendo 56 pessoas com CPNM, 18% da amostra apresentou níveis significativos de angústia, porém sem associação com a variável sexo, como ocorreu nesse estudo com os sintomas de ansiedade sendo maiores nas mulheres.

Em estudo realizado por Pereira (2016), envolvendo morbidade psicológica em pacientes com câncer de pele, não foram encontradas diferenças nos estilos de enfrentamento, de acordo com as variáveis idade, sexo, localização e tipo de tumor (PEREIRA; BAIA; MACHADO, 2016). Nesse estudo, os sintomas de depressão apresentaram-se impactados pela idade e nenhum sintoma psicológico foi influenciado pelo tipo de tumor e localização da lesão.

É preciso reconhecer a complexidade e divergências de resultados entre os estudos envolvendo sintomas psicológicos e câncer de pele. Os profissionais de saúde devem estar atentos às peculiaridades de cada indivíduo durante a sua abordagem aos pacientes e familiares. Para Radiotset al (2014), os enfermeiros estão em posição de oferecer apoio psicológico, social e educativo aos pacientes com câncer de pele. Na área oncológica, a enfermagem precisa atuar no cuidado de forma integral, com fundamento nos aspectos clínicos, associados aos cuidados psicológicos (BAIA; SANTOS, 2013). A atuação do profissional enfermeiro nos três níveis de atenção à saúde e a importância dessa categoria profissional nos serviços de saúde confere a esses profissionais um importante papel no apoio psicológico e na detecção de alterações mentais que possa acometer o paciente com câncer. Dessa forma, pode atuar tanto prevenindo as complicações psicológicas como detectando sinais e sintomas de sofrimento mental para início de seu tratamento e diminuição do impacto dessas complicações no câncer.

Segundo PETERS (2012), o estresse psicológico pode atuar de forma subestimada no acompanhamento do paciente com câncer e são poucos os estudos que existem com essa temática, onde o apoio psicológico no tratamento do câncer de pele pode ser integrado ao tratamento padrão com possibilidade de gerar benefícios. Para Pereira et al. (2017), níveis mais baixos de escolaridade se relacionam com maior morbidade psicológica em indivíduos com CPNM e MM.

Não foram encontradas na literatura científica avaliações específicas sobre os sintomas de estresse relacionado com o CPNM e MM, sendo encontrados apenas estudos analisando a depressão e a ansiedade.

Sabe-se que o estresse é conceituado como uma experiência de tensão e irritação, onde o organismo reage a componentes físicos ou psicológicos em uma situação que promova medo, excitação ou confusão, sendo que esse quadro pode levar a ocorrência de depressão (CESTARI et al., 2017). Os eventos estressantes podem favorecer o crescimento do câncer e o surgimento de metástases e o

estresse contínuo pode desencadear distúrbios permanentes (DOURADO et al, 2018). Dessa forma, este estudo avaliou a presença dos sintomas de estresse em pessoas com CPNM e MM, sendo evidenciado que os valores para os sintomas psicológicos de estresse, considerando-se do grau moderado ao muito severo, ficaram mais altos dos que o de ansiedade e abaixo dos sintomas depressivos. A partir desses dados, sugere-se que os sintomas de estresse sejam abordados em novas pesquisas com pessoas com câncer de pele. Ressalta-se ser importante levar em consideração o tempo de diagnóstico em estudos futuros envolvendo sintomas psicológicos, sendo que essa foi uma limitação encontrada nessa pesquisa.

Em dois estudos foram observadas diferenças entre pacientes com diferentes níveis de escolaridade, entre ensino fundamental, ensino médio e superior, em relação a sintomas psicológicos e morbidades emocionais, incluindo a ansiedade (PEREIRA; BAIA; MACHADO, 2016; PEREIRA et al., 2017). Nesse trabalho, houve impacto da escolaridade nos sintomas de depressão ( $\beta = 0,317$ ;  $p = <0,001$ ) e, para a escolaridade ( $\beta = -4,165$ ;  $p = 0,005$ ), não houve impacto dessas variáveis nos sintomas de ansiedade e de estresse.

Esta pesquisa não encontrou significância estatística para sintomas de depressão, ansiedade e estresse relacionado ao tipo do tumor. Em estudo de Pereira et al. (2017) também não foram evidenciadas alterações nos sintomas psicológicos relacionados ao tipo do tumor de pele e a sua localização.

Como limitação do estudo podemos apontar o recorte temporal adotado nesta pesquisa, onde o diagnóstico do câncer de pele e a realização da entrevista pode ter chegado há três anos em alguns participantes, pode ter afetado a percepção do participante quanto à doença.



## 7 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo indicaram a predominância do sexo feminino, de idosos com idade igual e acima de 60 anos, de pessoas de pele clara, de indivíduos casados e/ou em união estável, renda mensal entre até um e entre um e dois salários mínimos, escolaridade com média de 4,93 anos de estudo e prevalência de pessoas residindo na zona urbana.

O tipo de câncer de pele mais incidente foi o CBC, seguido respectivamente pelo CEC e o MM. A localização do tumor que mais ocorreu foi na região da cabeça e pescoço. Prevaleceu, em relação à modalidade de tratamento, a terapêutica cirúrgica para toda a amostra. Houve presença de uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis em 81,1% dos participantes.

A área de ocupação profissional mais relatada foi a agropecuária. Dos participantes do estudo, a ausência do uso do protetor solar e dos EPIs, além do relato da falta de orientação no trabalho sobre o conhecimento e a prevenção do câncer de pele foram predominantes na amostra. As pessoas que trabalham ou trabalharam integralmente e parcialmente expostos a radiação solar representaram juntas 67,5% dos indivíduos. Dessa forma, deduz-se que a exposição direta e contínua a radiação solar por vários anos atua como principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pele, com destaque para pessoas de compleição clara e idade acima de 40 anos.

A pesquisa evidenciou que a QV e a presença dos sintomas de depressão e ansiedade são influenciados pela idade e que as mulheres apresentaram maior nível de ansiedade. A QV dos participantes apresentou-se satisfatória na maioria dos domínios. Os sintomas de estresse foram presentes em nível superior aos de ansiedade, sugerindo novos estudos sobre essa temática. O nível de escolaridade das participantes influenciou os sintomas de depressão. A presença de doenças crônicas não transmissíveis impactou a qualidade de vida.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou um recorte transversal e o uso dos instrumentos mostrou-se útil na investigação da qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

São poucos os estudos que avaliaram a qualidade de vida e as características psicológicas de pacientes com câncer de pele. Não foi encontrado no Brasil, nas bases de dados indexadas, um estudo que tenha avaliado a qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com câncer de pele não melanoma e melanoma simultaneamente. Sendo assim, esta pesquisa ampliou os conhecimentos acerca dessa temática, permitindo, a partir dos parâmetros que foram avaliados, apresentar uma visão mais ampla das pessoas acometidas com neoplasia cutânea

A enfermagem, sendo uma ciência e uma profissão voltada à assistência, à educação e à pesquisa, deve atuar na ampliação do conhecimento científico na área oncológica, possibilitando o oferecimento de ações de conscientização sobre câncer de pele em todos os níveis de atenção à saúde, bem como proporcionar o aprofundamento do saber acerca das características gerais que envolvem o câncer de pele, o indivíduo com a doença e o sistema de saúde.

Ressalta-se a importância da realização das ações de prevenção primária e secundária com relação ao câncer de pele, que é o tipo de neoplasia mais incidente no mundo, evitando assim o risco de impactos negativos e de complicações tanto para o indivíduo, família e o serviço de saúde. Essas ações de prevenção devem ser realizadas de forma intersetorial e interdisciplinar em todos os pontos de atenção de Rede de Atenção à Saúde, uma vez que o estudo demonstrou que há escassez de orientações sobre a prevenção do câncer de pele no local de trabalho das pessoas.

É necessário, por parte dos profissionais da área da saúde, que uma visão holística para o paciente com câncer de pele seja o foco das ações, uma vez que em grupos determinados, como o homem, a mulher e o idoso, a reação ao impacto da doença e ao tratamento pode ser diversa.

O pesquisador, após a realização das entrevistas e ao perceber os resultados dos escores dos instrumentos, realizou encaminhamentos para as especialidades de psicologia e dermatologia.

## REFERÊNCIAS

ABDALLA, C. M. Z.; NOGUEIRA, V. M. A.; SILVA, C. A. P.; Tumores de pele não melanoma. In: Hoff P. M. G. (Orgs.). **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Ed. Atheneu: 2013. p. 2344-2366.

AMARAL, J. et al. **Competências de matemática e de literacia emergente: Estudo correlacional**. Revista Portuguesa de Educação, v. 30, n. 1, p. 85-105, 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **SkinCancer**. 2019. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/skin-cancer.html>. Acesso em: 29 ago. 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Basal and Squamous Cell Skin Cancer**. 2019. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-skin-cancer/about/what-is-basal-and-squamous-cell.html>. 2019. Acesso em: 15 set. 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Causes, Risk Factors and prevention**. 2019. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-skin-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>. Acesso em: 20 set. 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Early detection, diagnosis and staging**. 2019. Disponível em: <https://www.skin.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-cancer/detection-diagnosis-staging.html>. Acesso em: 17 set. 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Melanoma Skin Cancer**. 2019. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/melanoma-skin-cancer.html>. Acesso em: 25 set. 2019.

AZULAY, R. D. **Dermatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ARRONQUI, G. V. et al. **Percepção de graduandos de enfermagem sobre sua qualidade de vida**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 24, n. 6, p. 762-765, 2011.

BAIA, W. R. M.; SANTOS, D. V.; Assistência de enfermagem em oncologia clínica. In: Hoff PMG. (Orgs.). **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Editora Atheneu: 2013. p. 1375-1385.

BELFORT, F. A.; SCHMERLING, R. A.; Melanoma cutâneo. In: Hoff PMG. (Orgs.). **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Editora Atheneu: 2013. p. 2367-2383.

BRABO, E. P. et al. **Brazilian version of the QLQ-LC13 lung cancer module of the European Organization for Research and validity report**. Quality of Life Research, Oxford, v. 15, n. 9, p. 1519-1524, nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Abc do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer de pele não melanoma**. 2018. Disponível em:

[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele\\_ao\\_melanoma](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_ao_melanoma). Acesso em: 18 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Detecção Precoce**. 2018. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele\\_ao\\_melanoma/deteccao-precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_ao_melanoma/deteccao-precoce). Acesso em: 18 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diagnóstico**. 2018. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele\\_ao\\_melanoma/diagnostico1](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_ao_melanoma/diagnostico1). Acesso em: 18 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2017. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Glossário temático: controle de câncer**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Informativo: Detecção Precoce**. Boletim ano 7, n. 3. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva / Ministério da Saúde, 2016.

CASTILHO, I. G.; SOUSA, M. A. A.; LEITE, R. M. S. **Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários**. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, p. 173-178, 2010.

CESTARI, V. R. F. et al. **Estresse em estudantes de enfermagem: estudo sobre vulnerabilidades sociodemográficas e acadêmicas**. Acta Paul Enferm., São Paulo, v. 30, n. 2, p. 190-196, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700029>.

CHOPRA, A.; SHARMA, R; RAO, N. M. R. **Pathology of Melanoma**. Surgical Clinics, 2020, v. 100 n.1, p. 43-59, 2020.

CRESPO, A. S.; SILVA, A. M.; KOBAYASHI, R. M. Prevenção, rastreamento e detecção precoce do câncer. In: MOHALLEN, G. C.; RODRIGUES, A. B. (Org.). **Enfermagem Oncológica**. Barueri: Manole, 2007. p. 21-46.

CRESPO, A. S.; LOURENÇO, M. T. C.; No impacto psicológico da doença. In: MOHALLEN, G. C.; RODRIGUES, A. B. (Org.). **Enfermagem Oncológica**. Barueri: Manole, 2007. p. 141-148.

CUI, R. **A systematic review of depression**. Curr. Neuropharmacol, v.13 n. 4, p. 480, 2015.

DOURADO, C. S. **Associação entre eventos da vida pós diagnóstico de câncer de mama e metástase.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro: v. 23, n. 2, p. 471-480, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/101590/1413-81232018232.15672015>.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FAYERS, P. et al. **The EORTC QLQ-C30 scoring manual.** 3 ed. Brussels: EORTC, 2001.

FERREIRA, F. R.; NASCIMENTO, L. F. C.; ROTTA, O. **Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 57, n. 4, p. 431-437, 2011.

FERRI, T. A. **Qualidade de vida em pacientes com câncer de pele não melanoma atendidos no serviço de cirurgia plástica do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago-Florianópolis-Santa Catarina.** 2017. 55f. Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Intenivos e Paliativos) – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2017.

GALLAGHER, R. P., et al. **Hill Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. I. Basal cell carcinoma.** ArchDermatol. v. 131, n. 2, p. 157-63, 1995.

GARCÍA-MONTERO P., GÁLVEZ-ARANDA, M. V.; TROYA MARTÍN, M. **Calidad de vida em câncer cutâneo no melanoma.** ActasDermosifiliogr. v. 109, n. 7, p. 649-650, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.10.013>

GAULIN, C.; SEBARATNAM, D. F.; FERNANDEZ-PEÑAS, P. **Quality of life in non melanoma skin cancer.** Australasian Journal of Dermatology, v. 56, n. 1, p. 70-76, 2015

GJORUP, C. A. et al. **Health-related quality of life in melanoma patients: Impact of melanoma-related limb lymphoedema.** European Journal of Cancer, v. 85, p. 122-132, 2017.

GORDON, L. G., et al. **Modelling the healthcare costs of skin cancer in South Africa.** BMC health services research. v. 16, n. 1, p. 113, 2016

GUEDES, A. C. M. Pele e anexos. In: FILHO, G. B. (Editor) **Bogliolo Patologia**, 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 1245-1331.

HAMEL, J. et al. **A systematic review examining factors influencing health related quality of life among melanoma cancer survivors.** EuropeanJournalofCancer. v. 69, p. 189-198, 2016.

HOFF, P. M. G. (Orgs.). **Tratado de Oncologia.** São Paulo: Ed. Atheneu: 2013. p.

IBGE. **Coordenação de População e Indicadores Sociais: Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011>>. Acesso em: 22 de set 2019.

IBGE. **Sinopse Censo Demográfico Minas Gerais 2010: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Patrocínio (MG)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=31#topo\\_piramid](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=31#topo_piramid). Acesso em 22 set. 2019.

JAMES, W. D.; BERGER, T. G.; ELSTON, D. M. **Andrews doenças da pele: dermatologia clínica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier: 2007.

KALLINI, J. R.; HAMED, N.; KHACHEMOUNE, A. **Squamous cell carcinoma of the skin: epidemiology, classification, management, and novel trends**. International journal of dermatology, n. 54, v. 2, p. 130-140, 2015.

KUPFER, D. J. **Anxiety and DSM-5**. Dialogues ClinNeurosci. n. 17 v. 3, p. 245-246, 2015.

LEE, E. H., et al. **A systematic review of patient-reported outcome instruments of nonmelanoma skin cancer in the dermatologic population**. Journal of the American Academy of Dermatology, v. 69, v. 2, p. 59-67, 2013.

LONGO, D. L. Abordagem ao paciente com câncer. In: LONGO, D. L. (Org.) **Hematologia e oncologia de Harrison**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 264-272.

MARZUKA, A. G.; BOOK, S. E. **Basal cell carcinoma: pathogenesis, epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management**. The Yale journal of biology and medicine, v. 88, n.2, p. 167-179.2015.

MENEGUIN, S; MATOS, T. D. S.; FERREIRA, M. L. S. M. **Percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos sobre qualidade de vida**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 71, n. 4, p. 1998-2004, 2018.

MENEZES, R. R., et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde e espiritualidade em pessoas com câncer**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 64, n. 1, p. 9-17, 2018.

MÜLLER, K. et al. **Quality of life assessment in patients with nonmelanoma skin cancer - psychometric validation of the EORTC QLQ-C30 questionnaire**. J DtschDermatolGes. v. 11, n.15, p.1090-1100, 2017. DOI: 10.1111/ddg.13357.

PAVRI, S. N., et al. **Malignant melanoma: beyond the basics**. Plastic and reconstructive surgery, v. 138, n. 2, p. 330-340, 2016.

PEREIRA, M. G.; BAIA, V.; MACHADO, J. C. **Coping and quality of life in patients with skin tumors in the follow-up stage: The mediating role of body image and psychological morbidity.** Journal of psychosocial oncology, n. 34, v. 5, p. 400-412, 2016.

PEREIRA, M. G. et al. **Quality of life in patients with skin tumors: the mediator role of body image and social support.** Psico-histologia. v. 26, n. 6., 2017, p. 815-821. DOI: 10.1002/pon4326.Epub201627desetembro.

PETERS, E. M. J. **Psychological support of skin cancer patients.** British Journal of Dermatology, v. 167, p. 105-110, 2012.

PIL, L. et al. **Cost-effectiveness and Budget Effect Analysis of a Population-Based Skin Cancer Screening.** JAMA Dermatol., p. 1-7, 2016. DOI: 10.1001/jamadermatol.2016.4518

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** Artes Médicas: Porto Alegre, 9 ed., 2019. 431 p.

POPIM, R. C. et al . **Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1331-1336, 2008.

RADIOTS, G. et al. **Nonmelanoma skin cancer: Disease specific quality of life concern and distress.** Oncology Nursing Forum v. 41, n. 1., p. 57-65, 2017.

RIVITTI, E. A. **Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivetti.** São Paulo: Artes Médicas, 2014.

SANCHEZ, N. et al. **The Skin Cancer Index: quality-of-life outcomes of treatments for nonmelanoma skin cancer.** Journal of Dermatological Treatment, p. 1-3. 2019.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Câncer de pele.** Disponível em: <http://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/> Acesso em: 01 de nov. 2019

SILVA, S. M.; CASTRO, E. K.; CHEM, C. **Qualidade de vida e autoimagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** Univ. Pshycol. v. 1, n. 1, p. 13-23, 2012.

SIMÃO, D. A. S. et al. **Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado.** Enferm.Foco. v. 8, n. 2, p. 82-86, 2017.

SIMÕES, M. C. F.; SOUSA, J. J. S.; PAIS, A. A. C. C. **Skin cancer and new treatment perspectives: a review.**CancerLett. v. 357, n.1, p. 8-42, 2015. DOI: 10.1016/j.canlet.2014.11.001. Epub 2014 Nov 11.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. vol. I e II.

STGLISH, R. B. **Aspectos epidemiológicos e histopatológicos do melanoma cutâneo primário em residentes de Joinville, 2003-2014**. An. Bras. Dermatol. v. 93, n. 1, p. 50-8, 2018.

SUZUKI, H. S. et al. **Comparação do fototipo entre caucasianos e orientais**. Surgical&CosmeticDermatology, v. 3, n. 3, p. 193-196, 2011.

TABCHERANI, A. J. Histologia Básica Cutânea. In: MALAGUTTI, W.; KAKIARA, C. T.; (org.): **Curativos, estomia e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2 ed., São Paulo: 2011. p. 25-41.

TUCKMAN, A. **The potential psychological impact of skin conditions**. *Dermatology and therapy*. v. 7, n. 1, p. 53-57, 2017.

URBA, W. J.; WASHINGTON, C. V.; NADIMINT, H. Câncer de pele. In: LONGO, D. L. (Org.) **Hematologia e oncologia de Harrison**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 346-355.

WALI, G. N. et al. **Use of the Skin Cancer Quality of Life Impact Tool (SCQOLIT)– a feasibility study in non-melanoma skin cancer**. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2019.

WANG, Yun-He, et al. **Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies**. *Molecular psychiatry*, 2019, 1-13.

WOLFF, K.; JHONSON, R. A. **Dermatologia de Fitzpatrick: Atlas e texto**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 1114 p.

VIGNOLA, R.C.B.; TUCCI, A.M. **Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese**. *Journal of Affective Disorders*, v. 155, p. 104-109, 2014.

VOLPATO, C. B. V. Sistema Tegumentar. In: MARQUES, E. C. M. (Org.) **Anatomia e Fisiologia Humana**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 41-50.

ZANDONAI, A. P., et al. **Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana**. *Revista eletrônica de enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 554-61, 2010.



## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Identificação - Variáveis Sociodemográficas e Clínicas - Perfil Laboral

### IDENTIFICAÇÃO

1. Número: \_\_\_\_\_
2. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

- 1 - Idade (anos completos):** \_\_\_\_\_
- 2 - Gênero:** 1- ( ) Masculino 2- ( ) Feminino
- 3 - Etnia / Cor da pele:** 1- ( ) Branco 2- ( ) Negro 3- ( ) Pardo 4- ( ) Amarelo
- 4 - Procedência:** 1- ( ) Minas Gerais 2- ( ) Outro
- 5 - Localização da residência:** 1- ( ) Zona urbana 2- ( ) Zona rural
- 6 - Moradia:** 1- ( ) própria 2- ( ) alugada 3- ( ) institucionalizado
- 7 - Com quem mora:** 1- ( ) sozinho 2- ( ) cônjuge 3- ( ) familiares
- 8 - Renda mensal:**  
 1- ( ) até 1 salário mínimo 2- ( ) 1 a 2 salários mínimos  
 3- ( ) 2 a 4 salários mínimos 4- ( ) mais 4 salários mínimos
- 9 - Anos de estudo completo:** \_\_\_\_\_ anos
- 10 - Estado civil:**  
 1- ( ) casado/ união estável 2- ( ) solteiro 3- ( ) divorciado 4- ( ) viúvo(a)

### VARIÁVEIS CLÍNICAS

- 1 - Fototipo da pele:**  
 1- ( ) queima com facilidade 2- ( ) queima moderadamente 3- ( ) queima pouco 4- ( ) raramente ou nunca.
- 2 - Tipo de câncer:** 1- ( ) melanoma 2- ( ) não melanoma
- 3 - Tipo histológico do tumor de pele:**  
 1- ( ) Carcinoma Basocelular 2- ( ) Carcinoma Espinocelular 3- ( ) Melanoma Maligno
- 4 - Localização do tumor:** \_\_\_\_\_
- 5 - Presença de metástase:** 1- ( ) sim 2- ( ) não  
 Se sim localização: \_\_\_\_\_
- 6 - Modalidade de tratamento:** 1- ( ) Cirurgia 2- ( ) Outro \_\_\_\_\_
- 7 - Presença de recidiva do câncer:** 1- ( ) sim 2- ( ) Não
- 8 - Status atual do câncer:** 1- ( ) em tratamento 2- ( ) em seguimento
- 9 - Consumo de álcool:** 1- ( ) Sim 2- ( ) Não 3- ( ) Ex-etilista – Parou há quanto tempo (anos):  
 \_\_\_\_\_

**10 - Consumo de tabaco:** 1- ( ) Sim 2- ( ) Não 3- ( ) Ex-tabagista - Parou há quanto tempo (anos):  
\_\_\_\_\_

**11 - Presença de outra doença crônica além do câncer:**

1- ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_

2- ( ) não

**12 - Em tratamento medicamentoso para outra enfermidade crônica:**

1- ( ) sim 2- ( ) não

#### PERFIL LABORAL

**1 - Seu trabalho é:**

1- ( ) tempo integral 2- ( ) meio período 3- ( ) Não se aplica

**2 – Horário em que trabalha:**

1- ( ) dia 2- ( ) noite 3- ( ) rotativo ou não possui horário fixo 4- ( ) não se aplica

**3 – Tipo de emprego:** 1- ( ) Formal 2- ( ) informal 3- ( ) Não se aplica

**4 - Situação profissional:**

1- ( ) Ativo 2- ( ) Inativo (aposentado, desempregado, do lar) 3- ( ) outro: \_\_\_\_\_

**5- Área de atuação profissional:**

1- ( ) Agropecuária 2- ( ) Construção civil 3- ( ) Saúde 4- ( ) Educação

5- ( ) Segurança 6- ( ) Transportes 7- ( ) Outros 8- ( ) Não se aplica

**6- Histórico de exposição ao sol no trabalho (incluindo aposentados e desempregados):**

1- ( ) Trabalha/trabalhou exposto ao sol integralmente.

2- ( ) Trabalha/trabalhou exposto ao sol parcialmente.

3- ( ) Trabalha/trabalhou exposto ao sol esporadicamente/ocasionalmente.

4- ( ) Não trabalha/trabalhou exposto ao sol.

6- ( ) Não se aplica.

**7 – Uso de EPIs no trabalho (incluindo aposentados e desempregados):**

1- ( ) Sim 2- ( ) Não 3- ( ) Sem regularidade 4- ( ) Não se aplica

**8 -Uso de protetor solar no trabalho (incluindo aposentados e desempregados):**

1- ( ) Sim 2- ( ) Não 3- ( ) Sem regularidade 4- ( ) Não se aplica

**9- Utiliza recursos como mangas longas, chapéus e entre outros.**

1 ( ) Sim Quais: \_\_\_\_\_ 2- Não

**10 – Já foi orientado alguma vez em seu trabalho sobre a prevenção do câncer de pele:**

1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não

Se Sim qual tipo de informação recebeu: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título do Projeto:** “Avaliação da qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com câncer de pele

Nome dos pesquisadores: Elizabeth Barichello / Ricardo Dias da Silva

### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM PACIENTES COM CÂNCER DE PELE”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar a QV, satisfação com a IC e a presença dos sintomas de ansiedade, estresse e depressão nos pacientes com câncer de pele. 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.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa: “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM PACIENTES COM CÂNCER DE PELE. O objetivo principal deste estudo é Avaliar a QV, satisfação com a IC e a presença dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse nos pacientes com câncer de pele atendidos no Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo / Patrocínio – MG. Estas informações poderão ajudar na elaboração de propostas para melhorar o atendimento de saúde da pessoa com câncer de pele. O (a) Sr.(Sra.) estará respondendo seis questionários na qual irá avaliar o seu grau de compreensão, aspectos de sua situação de vida e de saúde, da sua qualidade de vida e dos sintomas de ansiedade, estresse e depressão.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou mesmo em relação ao seu atendimento nos serviços de saúde. A sua participação será voluntária e o senhor (a) não terá direito a remuneração. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum usuário. Além disto, o (a) Sr.(Sra.) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. O (a) Senhor (Sra.) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso tenha alguma reclamação sobre esta pesquisa também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, pelo telefone ( ) - .

---

Sujeito da pesquisa (nome e assinatura)

---

Pesquisador responsável (fone)

### APÊNDICE C – Declaração do Pesquisador

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências da Portaria 466/12 do Ministério da Saúde, e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**ANEXOS**

## ANEXO A - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 Items (EORTC-QLQ-C30)

PORTUGUESE (BRAZIL)



### EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

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

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
 <b>Durante a última semana:</b>				
6. Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4



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

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

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

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Ótima

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

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Ótima

## ANEXO B – Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS – 21)

**DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil**  
**Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.**

### Instruções

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

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

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

## ANEXO C – Aprovação Hospital Dr. José Figueiredo - Patrocínio/MG



## CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Uberaba (MG), 08 de outubro de 2018

**Ilmo. Thiago Miranda de Oliveira**  
 Presidente do Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo

Venho por meio deste solicitar vossa autorização, para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: "Avaliação da qualidade de vida, imagem corporal e sintomas de ansiedade, depressão e estresse em pacientes com câncer de pele". Os sujeitos da pesquisa serão os pacientes com câncer de pele que estiverem em tratamento no Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo, de ambos os sexos e maior ou igual de 18 anos.

O objetivo geral do estudo é avaliar a qualidade de vida, satisfação com a imagem corporal e a presença dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão nos pacientes com câncer de pele.

Para atingir os objetivos do estudo, serão utilizados instrumentos validados para a literatura brasileira.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Elizabeth Barichello

Responsável pelo Projeto de Pesquisa

Hospital do Câncer de Patrocínio  
 "Dr. José Figueiredo"

Acerto  
 15/10/2018

Thiago Miranda de Oliveira  
 Presidente - Hospital do Câncer  
 Patrocínio "Dr. Jose Figueiredo"

## ANEXO D - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UFTM - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TRIÂNGULO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação da qualidade de vida, imagem corporal e sintomas de ansiedade, estresse e depressão em pacientes com câncer de pele

**Pesquisador:** Elizabeth Barichello

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 10199119.8.0000.8667

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.400.044

**Apresentação do Projeto:**

As neoplasias consistem em um grupo de doenças que tem por características o crescimento tecidual anormal e pela tendência a disseminação, sendo esse fenômeno denominado metástase. Dessa forma, o câncer de pele é o tipo de neoplasia mais incidente no Brasil e no mundo, sendo que o número de casos tem aumentado nas últimas décadas.

Apesar da incidência baixa, o MM tem letalidade elevada. No Brasil, são esperados para o ano de 2018, com relação ao MM, um total de 2.920 casos em homens e 3.340 casos em mulheres, acarretando em um total de 6.260 casos novos de MM. Na região Sudeste são esperados 2.910 casos de MM, e para o Estado de Minas Gerais estima-se a ocorrência de 510 novos casos de MM para o ano de 2018, sendo 190 no sexo masculino e 320 no sexo feminino (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, sabe-se que as neoplasias cutâneas podem provocar alterações na qualidade de vida (QV), na imagem corporal (IC) e alterações psicológicas na pessoa acometida (PEREIRA et al., 2017). A QV está intimamente ligada IC no câncer de pele em homens e mulheres. Os casos de neoplasias da pele aparecem na região da cabeça e do pescoço com incidência de cerca de 90% em homens e 95% em mulheres, sendo que, nesses casos, as pessoas podem apresentar a face desfigurada (SILVA; CASTRO; CHEM, 2012).

A IC atua dentro do processo saúde-doença, sendo que o corpo é o local onde esse processo ocorre. (OLIVEIRA et al, 2010). Nesse contexto, a QV do paciente com câncer de pele pode significar um sofrimento previsível com a apresentação de sintomas de ansiedade e depressão,

**Endereço:** R. Benjamin Constant, 16

**Bairro:** Nossa Srª da Abadia

**CEP:** 38.025-470

**UF:** MG

**Município:** UBERABA

**Telefone:** (34)3318-5319

**E-mail:** cep.htcm@ebserh.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TRIÂNGULO**



Continuação do Parecer: 3.400.044

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos apresentados estão adequados.

**Recomendações:**

Todas as recomendações solicitadas no parecer anterior foram contempladas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-HC/UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 13/06/2019.

O CEP-HC/UFTM não se responsabiliza pela qualidade metodológica dos projetos analisados, mas apenas pelos pontos que influenciam ou interferem no bem-estar dos participantes da pesquisa conforme preconiza as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Obs: • O acompanhamento dos projetos na Plataforma Brasil é de inteira responsabilidade dos pesquisadores, não podendo ser alegado desconhecimento de pendências como justificativa para não cumprimento de prazos.

• A secretaria do CEP-HC/UFTM está à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre trâmites e funcionalidades da Plataforma Brasil, durante os dias de segunda a sexta- feira, das 07:00 às 16:00 hrs. Telefone: 34 3318-5319. e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> R. Benjamin Constant, 16	<b>CEP:</b> 38.025-470
<b>Bairro:</b> Nossa Srª da Abadia	
<b>UF:</b> MG <b>Município:</b> UBERABA	
<b>Telefone:</b> (34)3318-5319	<b>E-mail:</b> cep.hctm@ebserh.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TRIÂNGULO**



Continuação do Parecer: 3.400.044

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1314623.pdf	09/06/2019 18:34:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.doc	09/06/2019 18:32:32	Elizabeth Barichello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocorrigido.docx	09/06/2019 18:32:17	Elizabeth Barichello	Aceito
Outros	CHECKLISTProjetodePesquisa.pdf	20/03/2019 11:54:55	Elizabeth Barichello	Aceito
Outros	CHECKLISTDocumental.pdf	14/03/2019 18:51:45	Elizabeth Barichello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termoautorizacaounidade.pdf	14/03/2019 18:51:24	Elizabeth Barichello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodoorientador.pdf	14/03/2019 18:51:06	Elizabeth Barichello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicaocoparticipante.pdf	14/03/2019 18:50:22	Elizabeth Barichello	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	14/03/2019 18:50:04	Elizabeth Barichello	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERABA, 18 de Junho de 2019

---

**Assinado por:  
GILBERTO DE ARAUJO PEREIRA  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** R. Benjamin Constant, 16

**Bairro:** Nossa Srª da Abadia

**CEP:** 38.025-470

**UF:** MG

**Município:** UBERABA

**Telefone:** (34)3318-5319

**E-mail:** cep.hctm@ebserh.gov.br







