

Ansiiedade, Depressão, Estresse e sua Relação com a Qualidade e Vida de Pacientes com Câncer na Região Norte do Brasil

Anxiety, Depression, Stress and their Relationship with the Quality of Life of Patients with Cancer in The North Region of Brazil

Elis Monique de Vasconcelos Galvão* / **Paulo Renato Vitória Calheiros / Pedro di Tarique Barreto Crispim**

Universidade Federal de Rondônia

Resumo: Este estudo teve como objetivo verificar associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, sintomas de depressão, ansiedade e estresse, e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com câncer. A amostra foi constituída por 202 pessoas atendidas em instituto para tratamento oncológico na cidade de Porto Velho, Rondônia. Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados um questionário sociodemográfico e clínico, a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e a Escala de Qualidade de Vida (EORTC-QLQ C30). Para explorar as relações conjuntas existentes foi realizada a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) e para obter o grau de relacionamento entre as variáveis da DASS-21 e da EORTC-QLQ C30 foi utilizada a correlação linear de Spearman. Os resultados demonstraram alta prevalência de depressão, ansiedade e estresse nos pacientes oncológicos. As maiores prevalências desses sintomas associaram-se ao câncer uterino, ao sexo feminino, à realização de dois tipos de tratamentos e ao fato de morar sozinha. Quanto à qualidade de vida, apresentou-se com maiores prejuízos à medida que ocorreram aumento dos sintomas depressivos, ansiosos e estressores.

Palavras-chave: serviço hospitalar de oncologia; saúde mental; qualidade de vida.

Abstract: This study aimed to verify associations between sociodemographic and clinical variables, symptoms of depression, anxiety and stress, and their relationship with quality of life in cancer patients. The sample consisted of 202 people seen at an institute for cancer treatment in the city of Porto Velho, Rondônia. As instruments for data collection, a sociodemographic and clinical questionnaire, the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Quality of Life Scale (EORTC-QLQ C30) were used. In order to explore the existing joint relationships, Multiple Correspondence Analysis (ACM) was performed and to obtain the degree of relationship between the DASS-21 and EORTC-QLQ C30 variables, Spearman's linear correlation was used. The results showed a high prevalence of depression, anxiety and stress in cancer patients. The highest prevalence of these symptoms was associated with uterine cancer, women, two types of treatment and living alone. As for quality of life, it presented greater losses as there was an increase in depressive, anxious and stressful symptoms.

Keywords: oncology hospital service; mental health; quality of life.

Introdução

As emoções são características fundamentais da espécie humana, auxiliam nas respostas às diversas situações e se configuram em fator de proteção ou de risco (Maciel, 2019). Os estados emocionais têm a capacidade de propiciar bem-estar ou aparecimento de doenças físicas e mentais (Sawada et al., 2016).

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

Em virtude disso, é imprescindível atentar aos aspectos emocionais envolvidos no processo de enfrentamento do câncer. O diagnóstico de câncer habitualmente provoca um forte impacto emocional, muitas emoções são mobilizadas entre elas o medo gerado por pensamentos negativos sobre evolução da doença, sofrimento e morte (Bifulco; Faleiros, 2014). As neoplasias, por serem doenças crônicas, são consideradas fatores de estresse de longo prazo que podem contribuir significativamente para o desenvolvimento de humor depressivo que pode influenciar negativamente na resposta imunológica (Dragan, 2018).

Os sintomas do transtorno depressivo presentes na vivência do câncer referem-se à perda de apetite, distúrbios do sono, fadiga, entre outros. Esses sintomas podem ser causados pelo câncer ou podem ser consequência de seu tratamento (Fanelli & Oliveira, 2018). A percepção e diferenciação dos sintomas é indispensável para que seja possível intervir por meio de terapêuticas adequadas a cada demanda, auxiliar na atenuação ou intercessão dos prejuízos desencadeados pelo adoecimento (Fonseca & Castro, 2016). A

depressão acarreta prejuízos nas diferentes áreas da vida do paciente, colaborando para a diminuição da sobrevida, para as dificuldades na adesão ao tratamento e a piora do prognóstico (Nakamura et al., 2021).

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

Estados de humor estressores afetam o sistema imunológico do indivíduo. Essa interferência na imunidade por vezes impossibilita o paciente de seguir seu plano de tratamento, pois, algumas terapêuticas só são realizadas quando a imunidade do paciente se apresenta em nível propício de receber a medicação (Fonseca & Castro, 2016). Podem ser considerados fatores estressores: os psicológicos (aspectos da personalidade, temperamento, experiência de vida precoce), os fatores sociais (situação relacional e econômica) e os fatores de ordem biológica (genéticos) (Dragan, 2018).

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

Tendo em vista a grande comoção que o adoecimento por câncer causa nas pessoas, e a existência de fatores que podem acarretar complicações a esse estado, é essencial englobar a saúde emocional no planejamento dos cuidados dispensados a essa população para respostas mais efetivas. Assim, o presente estudo, se propôs a verificar

associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do câncer, sintomas de depressão, ansiedade e estresse e sua relação com a qualidade de vida.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal para verificar as associações entre variáveis sociodemográficas e clínicas e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse e sua relação com a qualidade de vida de pacientes com câncer. Foi desenvolvido em um instituto para tratamento de neoplasias no norte do Brasil, que atende cerca de 500 pacientes por mês, de acordo com informações da equipe do Instituto São Pellegrino. Foi realizado o cálculo amostral, com base nesse quantitativo, com um nível de significância de 0,05, ou seja, com uma confiança de 95% e com uma margem de erro de 5% o tamanho da amostra é dado por $n = z^2 * P * (1 - P) / e^2$. Se a população for finita, o tamanho da amostra pode ser corrigido por: $n_{ajus} = N * n / N + n$.

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

Portanto, com uma amostra de 200 pessoas seria possível trabalhar com as duas variáveis. Considerando 10% de dados perdidos, o tamanho da amostra ficaria igual a 220 pessoas. A seleção da amostra foi realizada aleatoriamente. Dos 220 pacientes, 18 não entraram na análise do estudo, pois 14 pacientes se recusaram a participar da pesquisa e 4 pacientes não terminaram de responder os instrumentos. O critério de exclusão foi apresentar comprometimento cognitivo ou orgânico, que dificultasse a compreensão e a resposta das questões dos instrumentos de pesquisa. Esses pacientes foram identificados por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM). Logo, esse estudo foi realizado com base nos dados de 202 pacientes e a coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2019..

A coleta de dados foi realizada nas salas de atendimento do próprio instituto, os pacientes eram convidados na sala de espera para uma conversa, na sala de atendimento era explicado o motivo e apresentado o TCLE. As entrevistas foram realizadas individualmente, pela pesquisadora responsável pela pesquisa, Psicóloga e na época discente do mestrado em Psicologia e duas graduandas em Psicologia, previamente treinadas. As entrevistas eram realizadas de segunda a sexta, conforme funcionamento do instituto, duraram em média de 20 a 90 minutos, todas foram iniciadas e finalizadas no mesmo dia e todas as perguntas foram feitas e as respostas anotadas pelas pesquisadoras nos questionários.

Foi elaborado um questionário semiestruturado com questões fechadas para avaliar as variáveis sociodemográficas, tais como: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, cidade residente, naturalidade, ocupação, etc. As variáveis relacionadas às características da enfermidade: tipo de câncer, estágios, processos de tratamento e status do tratamento. E as medidas de ansiedade, depressão e estresse por meio da Depression Anxious Stress Scales (DASS-21) desenvolvida por Lovibond & Lovibond em 1993, que originalmente possuía 42 itens, foi validada no Brasil por Vignola e Tucci em 2014. Na versão validada, a escala passou a possuir 21 itens, divididos em três subescalas. Cada subescala é composta por sete itens, que avaliam a sintomatologia depressiva (anedonia, disforia, ausência de interesse, inércia, desvalorização, desmotivação), a ansiedade (relacionada com alteração do sistema nervoso, ansiedade resultante de inúmeras situações) e o estresse (vivência de impaciência, irritabilidade e elevada excitabilidade) (Oliveira, 2019).

O questionário DASS-21 é respondido através de uma escala de Likert: “zero” para não se aplicou a mim; “um” para Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo; “dois” para Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo; e “três” aplicou-se muito a mim, ou durante a maior parte do tempo. A classificação

consiste na somatória dos itens pertencentes às subescalas. As pontuações variam entre um valor mínimo de zero e máximo de 21 (Oliveira, 2019).

A validação brasileira indica boa consistência interna da escala, $\alpha = 0,92$ (depressão), $\alpha = 0,90$ (estresse) e $\alpha = 0,86$ (ansiedade), o ponto de corte da escala é aplicado após a multiplicação de cada fator por 2. A classificação corresponde: depressão (0-9) normal, (10-13) leve, (14-20) moderada, (21-27) severa e (>28) extremamente severa; ansiedade (0-7) normal, (8-9) leve, (10-14) moderada, (15-19) severa e (>20) extremamente severa; e estresse (0-14) normal, (15-18) leve, (19-25) moderado, (25-33) severo e (>34) extremamente severo. O índice de consistência interna da escala para esta amostra foi de $\alpha = 0,93$ (Oliveira, 2019).

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

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

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

A análise de correspondência múltipla (ACM) é uma técnica estatística multivariada que permite realizar a análise simultânea de diferentes variáveis categóricas. É essencialmente uma análise exploratória e descritiva dos dados que permite uma análise gráfica das inter-relações, similaridades ou correspondências entre as variáveis (Silva, 2012). A ACM visa reduzir grandes conjuntos de variáveis categóricas em conjuntos menores de componentes que resumem as informações contidas nos dados, (Mori, et al., 2016). A análise gráfica permite verificar as associações existentes entre as categorias das variáveis com base na distância entre as mesmas: quanto mais próximas estiverem, maior a probabilidade de associação.

A análise de cluster, também denominada de análise de conglomerados, é uma das técnicas de análise multivariada que consiste, basicamente, em identificar grupos de indivíduos ou modalidades de variáveis compartilhadas. Esses grupos caracterizam-se

por possuírem alta homogeneidade interna e alta heterogeneidade externa (Barros, 2018). Para efeito de definição dos agrupamentos a serem realizados em cada etapa, foi utilizado o algoritmo de Ward (1963), que se baseia na minimização das variâncias intra-clusters, ou seja, a maximização da homogeneidade dentro dos grupos (Lederer, 2017).

Foi utilizada a correlação linear de Spearman, com o objetivo de obter o grau de relacionamento entre as variáveis da escala de depressão, ansiedade, estresse (DASS-21), da escala de qualidade de vida (EORTC QLQ – C30), que inclui o estado de saúde global, a escala funcional e a escala de sintomas dos pacientes oncológicos atendidos no instituto. O nível de significância utilizado foi de 0,05. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), sob o número 3.361.997 e sua execução autorizada pela administração do Instituto de Oncologia e Radioterapia São Pellegrino.

Resultados

A amostra foi constituída principalmente por mulheres. A idade média dos pacientes foi de 57,7 anos com desvio padrão de 14,2 anos. A maioria estudou até o ensino fundamental (49,01%) ou não foi alfabetizada (19,31%), enquanto (18,81%) cursaram ensino médio e (12,87%) o superior. A maioria mora na companhia de outra pessoa, tem filhos e não estavam trabalhando. Os tipos de câncer predominantes foram: hematológicos (26,24%), mama (18,81%), útero (17,82%) e próstata (15,84%). Em relação ao estadiamento da doença, 58,18% estavam no estágio III ou IV. Em relação aos procedimentos de tratamento, 36,14% fizeram quimioterapia. No que concerne ao status, 54,46% estavam em período de tratamento; 37,62% estavam em acompanhamento; e 7,92% tinham apenas recebido o diagnóstico e aguardavam para iniciar o tratamento.

Tabela 1
Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes oncológicos

Perfil sociodemográfico	n (%)
Sexo	
Masculino	86 (42,57)
Feminino	116 (57,43)
Idade	
18 - 29	7 (3,47)
30 - 59	103 (50,99)
60 - 64	24 (11,88)
65 - 74	37 (18,32)
75 +	31 (15,35)
Escolaridade	
Não alfabetizado	39 (19,31)
Ensino fundamental	99 (49,01)
Ensino médio	38 (18,81)
Ensino superior	26 (12,87)
Cidade residente	
Porto Velho	72 (35,64)
Outras cidades ou estados	130 (64,36)
Com quem mora	
Sozinho	26 (12,87)
Acompanhado	176 (87,13)
Situação conjugal	
Solteira	80 (39,60)
Casada	122 (60,40)
Número de filhos	
Nenhum	14 (6,93)
Um	17 (8,41)
Dois	53 (26,24)
Três	31 (15,35)
Quatro	27 (13,37)
Cinco	28 (13,86)
Seis ou mais	32 (15,84)
Está trabalhando atualmente	
Sim	33 (16,34)
Não	169 (83,66)
Renda mensal	
Até 3 salários mínimos	173 (85,64)
Mais de 3 salários mínimos	29 (14,36)

Perfil clínico	n (%)
Tipo de câncer	
Mama	38 (18,81)
Útero	36 (17,82)
Próstata	32 (15,84)
Hematológico	47 (23,27)
Outros	49 (24,26)
Tempo de tratamento	
Diagnóstico	29 (14,36)
Em tratamento	97 (48,02)
Acompanhamento	76 (37,62)
Estágio	
I e II	69 (41,82)
III e IV	96 (58,18)
Tipo de tratamento	
Ainda não iniciou o tratamento	16 (7,92)
Quimioterapia	73 (36,14)
Radioterapia	27 (13,37)
Cirurgia	5 (2,48)
Quimioterapia e radioterapia	79 (39,11)
Quimioterapia e cirurgia	2 (0,99)
Status do tratamento	
Diagnóstico	16 (7,92)
Em tratamento	110 (54,46)
Em acompanhamento	76 (37,62)

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

A prevalência para o adoecimento mental dos pacientes com câncer foi de 24,76% para depressão, 36,63% para ansiedade e 27,23% para estresse, classificados em nível moderado e severo, avaliado pela DASS-21 (Oliveira, 2019).

Tabela 2
Classificação da escala DASS-21 de pacientes oncológicos

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

Fonte: Dados da pesquisa (Galvão et al., 2019).

Em referência aos dados da escala de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30), observa-se na subescala estado de saúde global uma média (\pm DP) de 75,19 (\pm 22,94), apresentando qualidade de vida de moderada a boa. Na subescala de funcionamento observa-se maior comprometimento da função física, com média de 67,26 (\pm 26,46), em comparação com os demais itens. Nas duas subescalas citadas, quanto maior o valor obtido no escore, menor o comprometimento vivenciado pelos pacientes. Ao contrário da subescala de sintomas, na qual quanto maior a pontuação maior o nível de sintomatologia/problemas (Silva, 2008). Nessa subescala, os itens mais problemáticos foram dificuldade financeira com média igual a 41,08 (\pm 43,64), dor 36,83 (\pm 37,38) e insônia 36,30 (\pm 42,63).

Tabela 3

Descrição das informações da qualidade de vida dos pacientes

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Q ₁	Mediana	Q ₃	Máximo
Estado de saúde global							
Estado de saúde global	75,19	22,94	0,00	58,00	83,00	100,00	100,00
Escala de funcionamento							
Função física	67,26	26,46	0,00	53,00	73,00	87,00	100,00
Desempenho de papéis	76,00	29,81	0,00	50,00	83,00	100,00	100,00
Função emocional	72,57	28,16	0,00	58,00	83,00	92,00	100,00
Função cognitiva	73,34	26,78	0,00	50,00	83,00	100,00	100,00
Função social	77,69	28,30	0,00	67,00	83,00	100,00	100,00
Escala de sintomas							
Fadiga	32,84	30,62	0,00	11,00	22,00	56,00	100,00
Náusea e vômito	14,66	24,28	0,00	0,00	0,00	17,00	100,00
Dor	36,83	37,38	0,00	0,00	33,00	67,00	100,00
Dispneia	11,84	25,12	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Insônia	36,30	42,63	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
Perda de apetite	28,53	40,52	0,00	0,00	0,00	67,00	100,00
Constipação	23,74	38,17	0,00	0,00	0,00	33,00	100,00
Diarréia	12,50	26,11	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Dificuldade financeira	41,08	43,64	0,00	0,00	33,00	100,00	100,00

Nota. DP: desvio padrão; Q₁: primeiro quartil; Q₃: terceiro quartil. Fonte: Dados da pesquisa (Galvão et al., 2019).

Na ACM foram selecionadas as duas primeiras dimensões que explicam 20.595% da variabilidade global (inércia total) dos dados. A primeira dimensão explicou 11,698%

e a segunda dimensão explicou 8,897% da variabilidade global dos dados. Para complementar a visualização gráfica multidimensional da Análise de Correspondência Múltipla (ACM) na formação dos grupos foi utilizada a Análise Hierárquica de Cluster (AHC) com a medida de similaridade obtida pela distância euclidiana através do método de Ward.

Tabela 4

Autovalores, percentual de variância por cada dimensão e percentual acumulado

Nº de dimensões	Autovalores	% Explicação	% Acumulada
1	0,179	11,698	11,698
2	0,136	8,897	20,595
3	0,120	7,848	28,443
4	0,116	7,554	35,997
5	0,098	6,413	42,410

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

A partir da definição dos grupos obtidas através da Análise Hierárquica de Cluster, foi construído o gráfico pela Análise de Correspondência Múltipla, onde se verifica, pela proximidade, os relacionamentos entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, e os sintomas de ansiedade, depressão e estresse dos pacientes oncológicos.

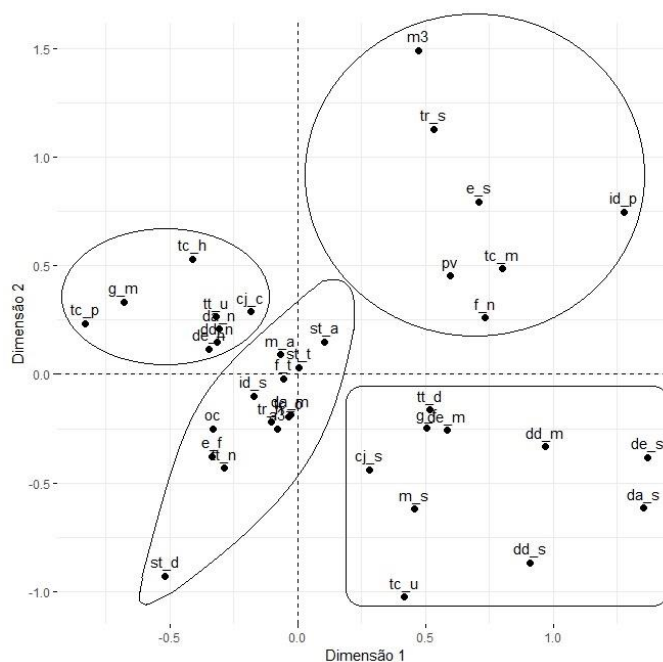


Figura 1. Relacionamentos entre variáveis

Pela observação dos quatro grupos formados através das duas técnicas (ACM e AHC) pode-se descrever os comportamentos das variáveis como se segue: o primeiro grupo, é caracterizado por pacientes que possuem ansiedade, depressão e estresse normais, com tipos de câncer hematológico e de próstata, que fazem um tipo de tratamento, são casados e do sexo masculino. O segundo grupo, possui a característica de pacientes com ansiedade moderada; com outros tipos de câncer (pulmão, laringe, palato, gástrico, pele, ovário, nasofaringe, canal anal, glioblastoma, testículo, encéfalo, fígado, colón, sarcoma sinovial, reto, cérebro, neofaringe, estômago, língua, esôfago, orofaringe, parótida), com status de diagnóstico e acompanhamento; não faz qualquer tipo de tratamento; possui idade acima de 40 anos; tem até o ensino fundamental; mora acompanhado; tem filhos; não trabalha; recebe até três salários; e reside em outra cidade.

O terceiro grupo é formado por pacientes que possuem câncer de mama, têm idade entre 18 e 39 anos, residem em Porto Velho, trabalham, possuem até o ensino superior, recebem mais do que três salários e não têm filhos. No quarto grupo verifica-se uma relação dos pacientes que possuem estresse moderado e severo, depressão moderada e severa e ansiedade severa associados com as características de terem câncer de útero, realizarem dois tipos de tratamento, moram sozinhas, são do sexo feminino e são solteiras.

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

Tabela 5

Matriz de correlação entre as variáveis da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e escala de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) dos pacientes.

Qualidade de vida	Depressão	Ansiedade	Estresse
Estado de saúde global - QV	-0,2572*	-0,3124*	-0,2929*
Função Física	-0,4362*	-0,3078*	-0,2624*
Desempenho de Papeis	-0,2402*	-0,2398*	-0,2249*
Função Emocional	-0,4808*	-0,5022*	-0,7094*
Função Cognitiva	-0,3331*	-0,2497*	-0,3222*
Função Social	-0,0573 ^{ns}	-0,2085*	-0,1481*

Nota. ^{ns}: não significativo (valor-p > 0,05); *: significativo (valor-p < 0,05). Fonte: Dados da pesquisa (Galvão et al., 2019)

De acordo com a classificação de Callegari-Jacques (2003) já observando as correlações estatisticamente significativas, as variáveis estado de saúde global e desempenho de papéis correlacionaram-se com a depressão de maneira fraca ($r = -0,2572$; $r = -0,2402$). As variáveis função física, função emocional e função cognitiva correlacionaram-se com a depressão de maneira regular ($r = -0,4362$; $r = -0,4808$; $r = -0,3331$). As variáveis desempenho de papéis, função cognitiva e função social correlacionaram-se com a ansiedade de maneira fraca ($r = -0,2398$; $r = -0,2497$; $r = -0,2085$). As variáveis estado de saúde global, função física e função emocional correlacionaram-se com a ansiedade de maneira regular ($r = -0,3124$; $r = -0,3078$; $r = -0,5022$). As variáveis estado de saúde global, função física, desempenho de papéis e função social correlacionaram-se com o estresse de maneira fraca ($r = -0,2929$; $r = -0,2624$; $r = -0,2249$; $r = -0,1481$). A variável função cognitiva correlacionou-se com o estresse de maneira regular ($r = -0,3222$) e a variável função emocional correlacionou-se com o estresse de maneira forte ($r = -0,7094$).

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

diarreia, tiveram correlações positivas estatisticamente significativas, fracas e moderadas, com a depressão, ansiedade e estresse ($r > 0,1493$; valor- $p < 0,05$).

Tabela 6

Matriz de correlação entre as variáveis da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e escala de sintomas da escala de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) dos pacientes.

Escala de sintomas	Depressão	Ansiedade	Estresse
Fadiga	0,4551*	0,4794*	0,4034*
Náusea e Vômito	0,3195*	0,3795*	0,2955*
Dor	0,3059*	0,3546*	0,3453*
Dispneia	0,3066*	0,4488*	0,3289*
Insônia	0,2683*	0,3980*	0,4252*
Perda de apetite	0,2533*	0,3174*	0,1714*
Constipação	0,1493*	0,2515*	0,1370 ^{ns}
Diarreia	0,1244 ^{ns}	0,2023*	0,1680*
Dificuldade financeira	0,2497*	0,2422*	0,2954*

Nota.*: não significativo (valor- $p > 0,05$). *: significativo (valor- $p < 0,05$). Fonte: Dados da pesquisa (Galvão et al., 2019).

De acordo com a classificação de Callegari-Jacques (2003), já observando as correlações estatisticamente significativas, as variáveis insônia, perda de apetite, constipação e dificuldade financeira correlacionaram-se com a depressão de maneira fraca. As variáveis fadiga, náusea e vômito, dor e dispneia tiveram correlação regular com a depressão. As variáveis constipação, diarreia e dificuldade financeira tiveram correlação fraca com a ansiedade. As variáveis fadiga, náusea e vômito, dor, dispneia, insônia e perda de apetite tiveram correlação regular com a ansiedade. As variáveis náusea e vômito, perda de apetite, diarreia e dificuldade financeira tiveram correlação fraca com o estresse. As variáveis fadiga, dor, dispneia e insônia tiveram correlação regular com o estresse. De maneira geral todas as variáveis, exceto a diarreia com a depressão e a constipação com o estresse correlacionaram-se de maneira que com o aumento da depressão, ansiedade e estresse as variáveis da escala de sintomas aumentaram suas sintomatologias, ou seja, aumentaram seus problemas.

Discussão

Depressão, ansiedade e estresse são sintomas comumente encontrados na espécie humana, podendo atingir níveis disfuncionais e transformar-se em transtornos mentais. No paciente com câncer esses sintomas podem ser encontrados com maior frequência, em consequência dos sinais da doença e das respostas ao tratamento terem semelhanças com os sintomas depressivos e/ou ansiosos (Granek, Nakash, Ariad, Shapira & Ben-David, 2019). A prevalência de depressão, ansiedade e estresse encontrada nos participantes deste estudo foram consideradas altas, sendo a maior para a variável ansiedade (36,63%), enquanto a da população geral brasileira é de 9,3% e mundialmente 3,6% (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017).

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

Estudo realizado na Espanha, em pacientes com tumores ressecados elegíveis para quimioterapia adjuvante, a depressão foi observada em 41% das mulheres e preocupação ansiosa em 21%. Enquanto nos homens, depressão e preocupação ansiosa foram relatados em 29% e 61%, respectivamente (Calderon et al., 2019). Observa-se grande prevalência desses sintomas independentemente do sexo, sendo nesse caso a depressão mais expressiva no sexo feminino, enquanto que a preocupação ansiosa foi mais percebida pelos homens.

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

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

O presente estudo indicou que menos anos de escolaridade (pacientes que cursaram até o ensino fundamental), foi associado com ansiedade moderada; outros tipos de câncer; status em diagnóstico e acompanhamento; não estavam em tratamento; tinham mais de 40 anos; moravam acompanhados; tinham filhos; não trabalhavam; tinham renda mensal de até três salários mínimos; e residiam em cidade diferente do local de tratamento.

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

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

Contudo, no presente estudo, níveis mais elevados de depressão, ansiedade e estresse foram encontrados em pacientes que faziam dois tipos de tratamentos. Como apresentado também por Jimenez-Fonseca et al. (2018), ao concluírem que pacientes que realizaram quimioterapia e radioterapia concomitante exibiram mais ansiedade e depressão do que aqueles tratados apenas com quimioterapia. Esses dados possibilitam a compreensão de que tanto a espera pelo início do tratamento, quanto fazer mais de um tipo de tratamento ao mesmo tempo, podem acarretar sintomas ansiosos, depressivos e estressores, aspectos prejudiciais à recuperação do paciente oncológico. Então, tratamentos concomitantes, ainda que considerados em alguns casos mais eficazes, podem também acarretar maiores prejuízos à saúde mental. Ao comparar pessoas que vivenciaram o câncer e aquelas sem histórico da doença, Zeynalova et al. (2019) apresentaram resultados semelhantes aos do presente estudo. Demonstraram relação da ansiedade com diagnóstico prévio de câncer, idade mais avançada, sexo feminino e baixo nível socioeconômico.

Linfedema, baixa autoestima e pior imagem corporal foram fatores associados à presença de sintomas de depressão em mulheres brasileiras após câncer de mama (Boing et al., 2019). Esse é um dado que contrasta com o presente estudo porque não foram encontradas relações entre câncer de mama e as variáveis depressão, ansiedade e

estresse. Sugere-se que outras variáveis além do tipo de câncer poderiam estar associadas a maior presença desses sintomas.

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

Como apresentado, ter câncer de tipo uterino pode ser um fator que contribui na vivência de depressão e estresse em níveis moderados e severos, e ansiedade em nível severo. O útero, representativo da feminilidade e fertilidade da mulher, encontra-se frente à possibilidade de intervenção médica que pode resultar em perda da função desse órgão e de tudo ao qual ele remete, a partir do diagnóstico da doença e do tratamento. Em momentos como esse, muitos sentimentos vêm à tona. Referente aos aspectos emocionais, Huff e Castro (2011) indicam que estão presentes: ansiedade, angústia, medo da possibilidade de morte, dúvidas, incertezas por desconhecimento, negação da doença, insegurança quanto à imagem corporal, diminuição da autoestima, sentimento de perda pela mutilação do órgão retirado, impotência pelas alterações nas atividades sociais, laborativas e de lazer, que precisam ser consideradas em detrimento da nova condição de vida que se voltará para o processo de tratamento.

Em relação aos aspectos da qualidade de vida, os participantes desta pesquisa apresentaram estado de saúde global com uma média de 75,19 (\pm 22,94), o que pode ser considerada de moderada a boa (Tabela 5). Um estudo longitudinal na Malásia, utilizando a mesma escala EORTC QLQ-C30, exibiu declínio na pontuação média global de saúde ao longo do tempo, considerando que no início do estudo foi de 60,8; aos três meses, a pontuação média global de saúde dos participantes do estudo caiu para 56,8; e 1 ano após o diagnóstico, esse escore baixou para 53,0 (Subramaniam et al., 2018). Tais dados indicam que a necessidade de acompanhamento a longo prazo desses pacientes é essencial para a amenização de possíveis sequelas, tanto físicas como psicológicas.

Quanto aos aspectos relacionados à qualidade de vida dos pacientes oncológicos, houve associação das variáveis depressão, ansiedade e estresse, de forma que os dados demonstraram que, quanto maior a presença desses sintomas, pior a qualidade de vida dos pacientes com câncer. Resultados semelhantes foram encontrados por Marco e White (2019), nos quais a diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde foi associada à quimioterapia, à ansiedade e à depressão. Já Charalambous, Giannakopoulou, Bozas e Paikousis (2019), apresentaram que em pacientes com câncer de mama e próstata, a qualidade de vida relacionada à saúde foi negativamente associada com dor, fadiga, ansiedade e depressão. Isto indica que menor qualidade de vida estaria associada a níveis mais altos desses aspectos, corroborando também com os dados apresentados pelo presente trabalho.

O câncer em si é um fator significativo na deterioração do estado de saúde global. Aliado a outros fenômenos, como depressão, ansiedade e estresse, tende a dificultar a manutenção das condições que contribuem para o bem-estar do indivíduo. Dabrowska-Bender et al. (2017) compreenderam a existência de relação entre a avaliação subjetiva da qualidade de vida por pacientes e a dor que interfere em suas atividades cotidianas. Isto evidencia que tanto a doença quanto o tratamento interferem na qualidade de vida

em todas as suas dimensões, em especial no que diz respeito ao funcionamento físico e sensação frequente de fadiga.

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

Considerações finais

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

Nesta pesquisa encontrou-se um número significativo de pacientes que vivenciam sintomas depressivos, ansiosos e estressores em níveis que podem acarretar prejuízos na busca da remissão da doença. As associações das variáveis permitiram a compreensão de que depressão, ansiedade e estresse, sintomas presentes na amostra estudada, podem ter relações com aspectos sociodemográficos e clínicos e ainda propiciar prejuízos ainda maiores à qualidade de vida se não tratados corretamente, uma vez que esses sintomas podem ser confundidos com sintomas da própria doença.

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

Informar o paciente sobre as consequências de permanecer em um mesmo estilo de vida, favorecendo a possibilidade de reaparecimento da doença, é fundamental. Trata-se não apenas de curar um sintoma, um tumor, mas de viver uma vida adotando o autocuidado e cultivo de hábitos saudáveis. Considera-se imprescindível o repasse de conhecimento a respeito de todos os aspectos envolvidos no adoecimento por câncer, e principalmente as formas de prevenção. Na Psicologia, a psicoeducação é entendida como um passo fundamental para entender e lidar melhor com os acontecimentos, os sentimentos e as emoções, deve-se considerar a possibilidade de implementação de programas de motivação para mudança de comportamentos. Sugere-se utilização de técnicas apontadas como agregadoras de benefícios à qualidade de vida, tais como: programas baseados em *mindfulness*, que busca desenvolver a aceitação da realidade de forma não crítica, o manejo das emoções e a capacidade de metacognição, almejando a compreensão de que, mais importante que o pensamento em si, é a forma de se relacionar com esse (Russell et al., 2019).

O estudo apresenta limitações. Os instrumentos utilizados podem ser autoaplicados, mas, optou-se por serem preenchidos pelos pesquisadores, o que se mostrou como alternativa interessante frente ao nível de escolaridade de alguns participantes, porém é uma estratégia que aumenta a possibilidade de viés das respostas. A aplicação foi realizada em um único momento, o que não permitiu o acompanhamento da vivência dessas emoções/sentimentos a longo prazo.

Sugere-se a realização de estudos longitudinais para melhor compreensão de questões relacionadas à vivência do processo de tratamento oncológico e os impactos emocionais deste, mesmo após a recidiva da doença. Pesquisas sobre intervenções também poderiam contribuir, no sentido de auxiliar pacientes a passarem por essa situação da melhor forma possível, amenizando o sofrimento e propiciando benefícios à saúde e à qualidade de vida das pessoas.

Referências

- Barros, M. M. S., Araújo, M. R. M de. Significado do trabalho para gerações de trabalhadores rurais no beneficiamento da castanha. (2018). *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 18 (2). doi:10.17652/rpot/2018.2.13944.
- Bifulco, V. A., & Faleiros, D. A. M. (2014). Psico-oncologia. In V. A. Bifulco, V. A.; Fernandes Junior, H. J. (Orgs). *Câncer: uma visão multiprofissional*. 2. ed. 579p. Barueri, SP: Minha Editora.
- Boing, L., Pereira, G. S., Araújo, C. da C. R. de., Sperandio, F. F., Loch, M. da S. G., Bergmann, A., Borgatto, A. F. & Guimarães, A. C. de A. (2019). Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. *Revista de Saúde Pública*, 53, 30. doi:10.11606/s1518-8787.2019053000786.
- Calderon, C., Carmona-Bayonas, A., Hernandez, R., Castelo, B. Varma, S., Donnay, O., Gomez, D., & Jimenez-Fonseca, P. (2019). Incidence of sleep problems and their mediating role on depression and anxious preoccupation in patients with resected, non-advanced cancer: data from NEOcoping study. *Clinical and Translational Oncology*, 21 (2), 1-4. doi:10.1007/s12094-018-02018-2.
- Callegari-Jacques, S. M. (2003). *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Charalambous A., Giannakopoulou M., Bozas E., Paikousis L. (2019). Parallel and serial mediation analysis between pain, anxiety, depression, fatigue and nausea, vomiting and retching within a randomised controlled trial in patients with breast and prostate cancer. *BMJ Open*, 9(1). doi:10.1136/bmjopen-2018-026809.
- Dąbrowska-Bender, M., Słoniewski, R., Religioni, U., Juszczak, G., Słoniewska, A., & Staniszewska, A. (2017). Analysis of Quality of Life Subjective Perception by Patients Treated for Prostate Cancer with the EORTC QLQ-C30 Questionnaire and QLQ-PR25 Module. *Journal of Cancer Education*, 32(3), 509-515. doi:https://doi.org/10.1007/s13187-015-0954-5.
- Dean, N. A. G., Dean, J. A., Coulombier, P., Brendel, K. A., Smith, D. C., Burton, A. H., Sullivan, K., Fagan, R. F., & Arner, T. G. (2017). *Epi Info*, Version 7.2.2.2: a word

- processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers of Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA.
- Dragan, T. (2018). Depression – stress, cancer, and therapy. *Onkologija*, 22 (1), 42-46. Retrieved from:
https://www.onkoi.si/fileadmin/onko/datoteke/Revija_Onkologija/2018/Depresija__stres__maligna_bolezen_in_zdravljenje.pdf.
- Fanelli, M. F.; Oliveira, M. L. F. N. (2018). Cuidados com o paciente oncológico. In K. O. Fukumitsu (Org). *Vida, morte e luto* [recurso eletrônico]: atualidades brasileiras. São Paulo. Summus. Retrieved from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=VtReDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT105&dq=sintomas+de+transtornos+de+ansiedade+e+depress%C3%A3o+em+pacientes+com+cancer&ots=wBW3wU8Lpt&sig=oGkGnlvnphu2FChFYAzA-l43WJo#v=onepage&q=sintomas%20de%20transtornos%20de%20ansiedade%20e%20depress%C3%A3o%20em%20pacientes%20com%20cancer&f=false>.
- Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 3 ed., Brussels. Retrieved from:
<https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf>.
- Fonseca, R. da, & Castro, M. M. de. (2016). A importância da atuação do psicólogo junto a pacientes com câncer: uma abordagem psico-oncológica. *Psicodebate*, 2(1), 54-72. doi:10.22289/2446-922X.V2EEA5.
- Granek, L., Nakash, O., Ariad, S., Shapira, S., & Ben-David, M. A. (2019). Oncology health care professionals perspective on the causes of mental health distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 28(8), 1–7, 2019. doi:<https://doi.org/10.1002/pon.5144>.
- Hinz, A., Mehnert, A., Dégi, C., Reissmann, D. R., Schotte, D., & Schulte, T. (2017). The relationship between global and specific components of quality of life, assessed with the EORTC QLQ-C30 in a sample of 2019 cancer patients. *European journal of cancer care*, 26(2), 1-8. doi:10.1111/ecc.12416.
- Huff, R. & Castro, E. K. de. (2011). Repercussões Emocionais do Câncer Ginecológico e Exenteração Pélvica. *Revista Psicologia e Saúde*, 3 (1), 33-42. doi:10.20435/pssa.v3i1.
- Jimenez-Fonseca, P., Calderón, C., Hernández, R., Ramón Y Cajal, T., Mut, M., Ramchandani, A., Donnay, O., & Carmona-Bayonas, A. (2018). Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. *Clinical & translational oncology*, 20(11), 1408–1415. doi: 10.1007/s12094-018-1873-9.
- Lederer, G. S. O. (2017). *A psicoterapia analítica funcional na Alemanha: usos e aceitabilidade relatados por terapeutas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Retrieved from:

- <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/47696/R%20%20D%20%20GABRIELE%20SPENST%20OTT%20LEDERER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Lorenzo-Seva, U., Calderon, c., Ferrado., P. J., Muñoz, M. D. M., Beato, C., Ghanem, I., Castelo, B., Carmona-Bayonas, A. Hernández, R., Jiménezfon. (2019). Psychometric properties and factorial analysis of invariance of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in cancer patients. *Quality of Life Research*, 28(5), 1255–1264. doi:10.1007/s11136-019-02106-y.
- Maciel, V. (2019). Pesquisa relata impactos na vida de pacientes com câncer. *Ministério da saúde*. Retrieved from: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45176-pesquisa-do-inca-relata-impactos-na-vida-de-pacientes-curados-do-cance>.
- Marco, D. J. T. & White, V. M. (2019). The impact of cancer type, treatment, and distress on health-related quality of life: cross-sectional findings from a study of Australian cancer patients. *Support Care Cancer*, 27(280), 1-9. doi: 10.1007/s00520-018-4625-z.
- Milligan, F., Martinez, F. Aal, S. H. M. A., Ahmed, S. A., Joby, B., Matalam, J. S., Nair, S. S., Maxion, A. D. L., Sayed, S., & Melepeedikayil, S. S. (2018). Assessing anxiety and depression in cancer patients. *British Journal of Nursing*, 27(10), 18-23. doi:10.12968/bjon.2018.27.10.S18.
- Mols, F., Schoormans, D., Hingh, Ignace de, Oerlemans, S., & Husson, O. (2018). Symptoms of anxiety and depression among colorectal cancer survivors from the population-based, longitudinal PROFILES registry: prevalence, predictors, and impact on quality of life. *Cancer*, 124(12), 2621-2628. doi:<https://doi.org/10.1002/cncr.31369>.
- Mori Y., Kuroda M., Makino N. (2016). Multiple Correspondence Analysis. In: Nonlinear Principal Component Analysis and Its Applications. *SpringerBriefs in Statistics*. Springer, Singapore. Retrieved from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-10-0159-8_3#citeadoid: https://doi.org/10.1007/978-981-10-0159-8_3
- Nakamura ZM, Deal AM, Nyrop KA, Chen YT, Quillen LJ, Brenizer T, Muss HB. (2021) Serial Assessment of Depression and Anxiety by Patients and Providers in Women Receiving Chemotherapy for Early Breast Cancer. *Oncologist*, 26(2), 147-156. doi:10.1002/onco.13528.
- Naseri, N. & Taleghani, F. (2018). Social Support and Depression in Iranian Cancer Patients: The Role of Demographic Variables. *Journal of Caring Sciences*, 7(3), 143-147. doi:10.15171/jcs.2018.023.
- Oliveira, N. R. de. (2019) *Ansiedade, estresse e depressão em estagiários de psicologia do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba*. 2019. 83 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.16>.

- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=D8C8CE1602C2CD3FDF586636D10ABA7F?sequence=1>.
- Posluszny, D. M., Bovbjerg, D. H., Syrjala, K. L., Agha, M., & Dew, M. A. (2019). Correlates of anxiety and depression symptoms among patients and their family caregivers prior to allogeneic hematopoietic cell transplant for hematological malignancies. *Support Care Cancer*, 27(2), 591-600. doi:10.1007/s00520-018-4346-3.
- Russell, L., Ugalde, A., Orellana, L., Milne, D., Krishnasamy, M., Chambers, R., Austin, D. W., & Livingston, P. M. (2019). A pilot randomised controlled trial of an online mindfulness-based program for people diagnosed with melanoma. *Supportive care in cancer*, 27(7), 2735-2746. doi:<https://doi.org/10.1007/s00520-018-4574-6>.
- Sawada, N. O. Nicolussi, A. C., De Paula, J. M. Garcia-Caro, M. P., Marti-Gracia, C. & Cruz-Quintana. (2016). Qualidade de vida de pacientes brasileiros e espanhóis com câncer em tratamento quimioterápico: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(26), 1-12. doi:10.1590/1518-8345.0564.2688.
- Shyu, I. L., Hu, L. Y., Chen, Y. J., Wang, P. H., & Huang, B. S. (2019). Risk factors for developing depression in women with cervical cancer: a nationwide population-based study in Taiwan. *International journal of women's health*, 11, 135-141. doi:10.2147/IJWH.S193003.
- Silva, F. A. (2008) *Validação e reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama*. Dissertação de Mestrado, Fundação Antônio Prudente, São Paulo, SP, Brasil, 200. Retrieved from: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp070705.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.
- Silva, Y. V da. (2012) *Análise de correspondência: uma abordagem geométrica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. Retrieved from: <https://www.locus.ufv.br/bitstream/123456789/4058/1/texto%20completo%20.pdf>.
- Simão, D. A. da S., Aguiar, A. N. de A., Souza, R. S., Captein, K. M., Manzo, B. F., Teixeira, A. L. (2017). Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. *Enfermagem em Foco*, 8(2), 82-86. doi:10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.874.
- Subramaniam, S., Kong, Y. C., Chinna, K., Kimman, M., Ho, Y. Z., Saat, N., Malik, R. A., Taib, N. A., Abdullah, M. M., Lim, G. C., Tamin, N. I., Woo, Y. L., Chang, K. M., Goh, P. P., Yip, C. H., & Bhoo-Pathy, N. (2018). Health-related quality of life and psychological distress among cancer survivors in a middle-income country. *Psycho-oncology*, 27(9), 2172-2179. doi:10.1002/pon.4787.

- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109. doi:10.1016/j.jad.2013.10.031.
- Zeynalova, N., Schimpf, S., Setter, C., Yahiaoui-Doktor, M., Zeynalova, S., Lordick, F., Loeffler, M., & Hinz, A. (2019). The association between an anxiety disorder and cancer in medical history. *Journal of affective disorders*, 246, 640–642. doi:10.1016/j.jad.2018.12.019.
- Ward, J. H. Hierarchical grouping to optimize an objective function. (1963). *Journal of the American Statistical Association*, 58, 236 – 244. doi:10.1080/01621459.1963.10500845

Submetido em: 28.02.2021

Aceito em: 14.05.2021