

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

ARACELI VICENTE DA SILVA

**ANSIEDADE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS
PELAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA
EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

**VITÓRIA
2015**

ARACELI VICENTE DA SILVA

**ANSIEDADE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS
PELAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA
EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim

VITÓRIA

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S586a Silva, Araceli Vicente da, 1987-
Ansiedade e estratégias de enfrentamento adotadas pelas
mulheres com diagnóstico de câncer de mama/Araceli Vicente da
Silva– 2015.
105f. : il.

Orientador: Maria Helena Costa Amorim.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da
Saúde.

1. Neoplasias da mama. 2. Adaptação psicológica.
3. Quimioterapia. 4. Ansiedade. I. Amorim, Maria Helena Costa.
II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
da Saúde. III. Título.

CDU: 61

**ANSIEDADE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS
PELAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA
EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

ARACELI VICENTE DA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área do cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Avaliada em 29 de julho de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Prof.^a Dr.^a Maria Helena Costa Amorim - Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo**

**Prof.^a Dr.^a Eliana Zandonade – 1º examinador
Universidade Federal do Espírito Santo**

**Prof.^a Dr.^a Maria Helena Monteiro Barros Miotto – 2º examinador
Universidade Federal de São Paulo**

**Prof.^a Dr.^a Denise Silveira de Castro – Suplente interno
Universidade Federal do Espírito Santo**

**Prof.^o. Dr.^o. Sebastião Benício Costa Neto - Suplente externo
Universidade Federal de Goiás**

A **Deus** por estar sempre comigo, concedendo sabedoria e força para prosseguir e não desanimar frente aos obstáculos, e por permitir alcançar mais uma conquista.

Aos meus pais pelo amor e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim pela oportunidade e a atenção que possibilitaram concretizar esta pesquisa. Agradeço também sua confiança, amizade e carinho.

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro Barros Miotto, ao Prof^a. Dr^o. Sebastião Benício da Costa Neto, à Prof^a. Ms. Franciéle Marabotti Costa Leite e à Prof^a. Dr^a. Denise Silveira de Castro por terem aceitado o convite de compor a banca e pelas contribuições e conhecimentos transmitidos.

À Prof^a. Dr^a. Eliana Zandonade pelos ensinamentos, a atenção e a paciência, que foram além da assessoria estatística, sendo fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Hospital Santa Rita de Cássia, em especial à diretora Weslene Vargas e ao gerente Cristiano Venturini, que possibilitaram a realização do mestrado através da aprovação da pesquisa e também da dispensa quando necessário.

À família da Quimioterapia, em especial aos enfermeiros, pela colaboração, a compreensão e pelo incentivo.

Ao Bruno Henrique Dias Silva pela ajuda e disponibilidade que foram fundamentais para a coleta dos dados.

Às mulheres com câncer de mama por aceitar participar desta pesquisa e pelo carinho transmitido.

Aos meus pais, Maria de Lourdes e Dório, pelo amor incondicional, pelo incentivo e por não me deixarem desistir nunca, sempre acreditando no meu potencial. Obrigada por tudo e principalmente por compreender quando tive que me ausentar. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Adriana e Anderson, pelo incentivo e pelo carinho. Obrigada Adriana por estar sempre presente, me ajudando, compreendendo e dando força.

Ao meu companheiro, Rodrigo Falqueto, que no início do mestrado era namorado e hoje é meu marido, pela força, pelas palavras de incentivo, respeito e principalmente compreensão.

Aos meus familiares e amigos, que de alguma forma contribuíram para a concretização deste sonho.

“A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

RESUMO

Objetivos: identificar o traço e o estado de ansiedade e as estratégias de enfrentamento psicológico adotadas pelas pacientes com câncer de mama e examinar as suas relações com as variáveis sociodemográficas e clínicas, e correlacionar as estratégias de enfrentamento adotadas com o traço e estado de ansiedade. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal, desenvolvido no setor de quimioterapia do ambulatório Ylza Bianco, que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia, localizado no município de Vitória, ES. A amostra é composta, de forma aleatória, por 307 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso prévio, adjuvante ou paliativo. Os dados foram coletados por meio de entrevista, utilizou-se a Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e do Inventário de Ansiedade (A-Traço) e Estado (B-Estado) – IDATE. Para análise estatística utilizou-se o SPSS versão 19.0. **Resultados:** 60,9% das pacientes demonstraram ter baixo nível do traço de ansiedade e 91,5% baixo nível do estado de ansiedade. A estratégia de enfrentamento mais utilizada pelas pacientes foi o enfrentamento com foco no problema, seguida pelo foco na religião, sendo o enfrentamento com foco no suporte social e na emoção os menos utilizados. As correlações do traço de ansiedade e estratégias de enfrentamento com foco no problema ($p < 0,000$); com foco na emoção ($p < 0,000$); o estado de ansiedade com enfrentamento com foco no problema ($p = 0,001$); e com foco na emoção ($p = 0,004$) demonstraram ser significativas. **Conclusão:** as variáveis sociodemográficas e clínicas influenciam de maneira direta no nível de ansiedade e na escolha da estratégia de enfrentamento a ser adotada pelas pacientes. Verificou-se que a estratégia de enfrentamento eleita pelas mulheres tem relação direta com o seu estado e seu traço de ansiedade. Os profissionais devem conhecer a correlação existente entre o enfrentamento e a ansiedade, para desenvolver medidas a implementar para ajudar os pacientes a eleger estratégias eficientes de enfrentamento e, como consequência, reduzir o nível de ansiedade.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, Adaptação psicológica, Coping, Quimioterapia, Ansiedade

ABSTRACT

Objectives: To identify the trait and state anxiety and psychological coping strategies for patients with breast cancer, and to examine its relationship with sociodemographic and clinical variables, and to correlate the coping strategies adopted with the trait and state anxiety. **Methodology:** This is a descriptive cross-sectional study, developed in the chemotherapy Ylza Bianco outpatient sector of the Hospital Santa Rita, located in Vitória / ES. The sample was randomly taken, and was composed by 307 women with prior breast cancer intravenous chemotherapy, either adjuvant or palliative. Data was collected through interviews, and the Confront Problems Mode Scale (EMEP) and the Anxiety Inventory (A-Trait) and State (State B) – IDATE scales were used. For statistical analysis, the SPSS program, version 19.0, was used. **Results:** 60.9% of patients were found to have low levels of trait anxiety, and 91.5% low level of the state of anxiety. The coping strategy most used by patients was coping focused on the problem, followed by focus on religion, and the coping strategies focused on social support and emotion were the least used. A significant correlation of trait anxiety and coping strategies focused on the problem ($p < 0,000$); with focus on emotion ($p < 0,000$); state of anxiety with coping focused on the problem ($p = 0,001$); and with focus on emotion ($p = 0,004$) was proved. **Conclusion:** The socio-demographic and clinical variables influence in a direct way in the level of anxiety and choice of coping strategy to be adopted by patients. It was found that the coping strategy chosen by women is directly related to their state and trait anxiety. Providers should know the correlation between coping and anxiety to develop measures to implement and help patients to choose efficient strategies for coping and, as a consequence, reducing the level of anxiety.

Keywords: Breast Neoplasm, Psychological Adjustment, Coping, Chemotherapy, Anxiety.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AC	Doxorrubicina e Ciclofosfamida
AFECC	Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CCS	Centro de Ciências da Saúde
EMEP	Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas
ES	Espírito Santo
HSRC	Hospital Santa Rita de Cássia
IDATE	Inventário de Ansiedade (A-Traço) e Estado (B-Estado)
INCA	Instituto Nacional do Câncer
PREMMA	Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas
SPSS	Pacote Estatístico para Ciências Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TMX	Tamoxifeno
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE FIGURAS

Metodologia

Figura 1: Variáveis do estudo	32
--	----

LISTA DE TABELAS

Proposta de artigo 1

Tabela 1: Traço e Estado de ansiedade das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015	48
Tabela 2: Associação do traço de ansiedade com as variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015	49
Tabela 3: Associação do estado de ansiedade com as variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015	51

Proposta de artigo 2

Tabela 1: Traço de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015	64
Tabela 2: Estado de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015	64
Tabela 3: Coeficiente de correlação das estratégias de enfrentamento e do estado e traço de ansiedade das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015	66

SUMÁRIO

TEMPORALIDADE DA AUTORA	15
1. INTRODUÇÃO	18
1.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA	19
1.2 TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	20
1.2.1 Tratamento quimioterápico	21
1.3 IMPACTO MULTIDIMENSIONAL DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	22
1.4 AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, A ANSIEDADE E O CÂNCER DE MAMA	23
2 OBJETIVOS	27
3 METODOLOGIA	29
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.2 LOCAL DE ESTUDO	30
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	30
3.3.1 Amostragem	31
3.3.2 Critério de inclusão	31
3.3.3 Critério de exclusão	31
3.4 VARIÁVEIS	32
3.4.1 Variáveis sociodemográficas	32
3.4.1.1 Idade	33
3.4.1.2 Anos de estudo	33
3.4.1.3 Situação conjugal	33
3.4.1.4 Classe econômica e renda familiar	34
3.4.1.5 Religião	35
3.4.1.6 Local de procedência	35
3.4.2 Variáveis clínicas	36
3.4.2.1 Estadiamento clínico	36
3.4.2.2 Finalidade do tratamento quimioterápico	36
3.4.2.3 Protocolos quimioterápicos	37
3.4.2.4 Participação no PREMMA	38
3.4.3 Variável Traço e Estado de ansiedade	39

3.4.4 Variável estratégia de enfrentamento	39
3.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	40
3.6 QUESTÕES ÉTICAS	41
4 RESULTADOS	42
4.1 PROPOSTA DE ARTIGO 1: TRAÇO E ESTADO DE ANSIEDADE DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO	43
4.2 PROPOSTA DE ARTIGO 2: ASSOCIAÇÃO ENTRE A ANSIEDADE E O ENFRENTAMENTO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM QUIMIOTERAPIA	57
5 PRODUTO: VAMOS ENFRENTAR O SOBRE CÂNCER DE MAMA?	71
6 CONCLUSÃO GERAL	84
7 REFERÊNCIAS GERAIS	86
8 APÊNDICES	92
APÊNDICE A	93
APÊNDICE B	96
9 ANEXOS	98
ANEXO A	99
ANEXO B	102
ANEXO C	104

TEMPORALIDADE DA AUTORA

Durante o oitavo período da graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), realizei estágio curricular no setor de quimioterapia do Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), onde tive a oportunidade de vivenciar, com os diversos pacientes atendidos pelo setor, a realidade de inúmeros tipos de câncer, porém um em especial sempre me chamou a atenção, o câncer de mama, devido ao fato de acometer tantas mulheres. No período do estágio, conheci mulheres que receberam alta do tratamento quimioterápico, outras que utilizaram vários tipos de protocolo de quimioterapia com o objetivo de combater o câncer, mas sem muito sucesso, e ainda outras que descobriram, durante o tratamento, metástase; no entanto, todas tinham algo em comum: a incerteza do amanhã; se a próxima tomografia ou cintilografia óssea revelariam uma metástase ou as libertariam da quimioterapia, ou se o hemograma seria satisfatório ou não para realizar mais uma sessão de quimioterapia. Tudo isso, com certeza, é um fator estressor para essas mulheres, sendo que cada uma elege uma forma de enfrentamento que mais a convém, não vindo a ser necessariamente o melhor enfrentamento a ser utilizado.

Após a formatura, fui contratada em outro hospital, onde eu tinha pouco contato com pacientes com câncer, mas a realidade das pacientes do HSRC nunca saíram da memória. Um ano e quatro meses depois, recebi o convite para retornar ao HSRC, e foi contratada para trabalhar no setor de quimioterapia. Assim, tive a oportunidade de voltar a conviver com os pacientes que lutam diariamente contra o câncer.

Nos últimos anos, ocorreu um aumento expressivo no quantitativo de pacientes oncológicos atendidos pelas unidades de alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). No setor de quimioterapia do ambulatório do HSRC, atende-se, em média, 100 pacientes por dia com câncer. Dentre esses pacientes, estão as mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna da mama que, em sua maioria, trazem consigo todos os seus medos e angústias sobre a doença, o diagnóstico e o tratamento quimioterápico. O enfermeiro que atua no setor de quimioterapia, além de instalar as medicações quimioterápicas da forma mais segura para a paciente, tem a responsabilidade de sanar as dúvidas dessas pacientes, confortá-las e ajudá-las a enfrentar essa nova experiência da forma menos traumática possível.

Em 2013, tive a oportunidade de ingressar no mestrado profissional em enfermagem ofertado pela UFES, onde poderia incrementar minha carreira profissional e realizar pesquisas concentradas na realidade do câncer.

Diariamente estou em contato com pacientes de todas as classes sociais, com crenças diferentes e com experiências diversas, e a cada dia pelo menos uma mulher inicia o tratamento quimioterápico (prévio, adjuvante ou paliativo) para o câncer de mama. Ao conviver com essas mulheres, que demonstram medos, ansiedades e o estresse de realizar um tratamento tão agressivo, que acarreta muitos efeitos colaterais, pude observar o enfrentamento que elas adotavam e questionar se as estratégias que utilizavam eram influenciadas ou não pelas suas condições sociodemográficas e clínicas e por sua ansiedade.

1 INTRODUÇÃO

1.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

Com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, e consequente envelhecimento da população, a cada dia aumenta o número de pessoas acometidas pelo câncer. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil, em 2014 e em 2015, estima-se a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de neoplasia de pele não melanoma; ao desconsiderar esse último caso de câncer, a estimativa é de um total de 394 mil casos novos, sendo 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para sexo feminino. A localização dos tumores primários mais incidentes, desconsiderando o câncer de pele não melanoma, nos homens, é próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; e, nas mulheres, ganham destaque as neoplasias de mama, cólon e reto, colo de útero, pulmão e glândula da tireoide (BRASIL, 2014).

Quanto ao câncer de mama, estima-se que, no ano de 2014/2015, ocorrerão 57.120 novos casos de câncer de mama no Brasil, o que representa um risco de 56,09 novos casos a cada 100 mil mulheres, sendo que, ao desconsiderar as neoplasias de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente nas mulheres das regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste. A projeção para a região Sudeste em 2014/2015 é de 71,18 novos casos de neoplasia de mama a cada 100 mil mulheres; para o estado do Espírito Santo (ES), esperam-se 990 casos novos e, para a capital Vitória, 130 casos novos (BRASIL, 2014).

O câncer de mama é o tipo de neoplasia que mais acomete as mulheres, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, sendo que o principal fator de risco é a idade, uma vez que a incidência aumenta rápido até os 50 anos e posterior a essa idade apresenta aumento lento de incidência; outros fatores de risco já estão estabelecidos, tais como os fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, a história familiar de câncer de mama, o consumo de álcool, a obesidade, o sedentarismo, a exposição à radiação ionizante e a alta densidade do tecido mamário - razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama (MORAES, 2007; BRASIL, 2014). A sobrevida para esse tipo de câncer nos países

desenvolvidos é de 85% em cinco anos, em contrapartida, nos países em desenvolvimento é de 50% a 60% (BRASIL, 2014).

1.2 TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Segundo Moraes (2007), o tratamento do câncer de mama será baseado no estadiamento, na classificação histológica e no fato, comprovado por exames microscópicos, de invasão ou não dos linfonodos e na extensão do comprometimento linfonoidal. Para o tratamento locorregional, utiliza-se a cirurgia e a radioterapia; já para o tratamento sistêmico elege-se a quimioterapia e a hormonioterapia (BRASIL, 2004a). Durante o tratamento, o médico oncologista clínico pode associar a modalidade sistêmica à locorregional.

A cirurgia para câncer de mama é dividida em conservadora (a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia) com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela; e a não conservadora (mastectomia). O tipo histológico e o estadiamento clínico são cruciais para a escolha do tipo de cirurgia a ser realizada (BRASIL, 2004a; MORAES, 2007). Quando a cirurgia de escolha for a conservadora, o tratamento com radioterapia deverá ser administrado em toda a extensão da mama, independente do histórico de tratamentos anteriores a que a paciente foi submetida para a referida neoplasia (BRASIL, 2004a).

A radioterapia consiste em utilizar radiação ionizante com finalidade terapêutica, com o propósito de atingir as células malignas, impossibilitando a sua multiplicação e/ou determinando sua morte e, ao mesmo tempo, preservar o tecido normal adjacente (DIEGUES; PIRES, 2012). A radioterapia empregada ao câncer de mama pode ser utilizada com o objetivo de eliminar as células remanescentes após a cirurgia (conservadora ou não conservadora) ou para diminuir o diâmetro do tumor antes da cirurgia (BRASIL, 2004a).

A hormonioterapia é indicada para as pacientes com receptores hormonais positivos, comprovados por meio da imunohistoquímica. Para as pacientes com baixo risco de

recidiva é indicado o uso do Tamoxifeno (TMX) por cinco anos; no entanto, para aquelas que apresentam elevado risco devem-se avaliar os seguintes fatores: responsividade a hormônios, presença de menopausa e comprometimento nodal. O uso do inibidor da aromatase é indicado como terapia adjuvante somente após a menopausa e quando o TMX é contraindicado, como nos casos de doença tromboembólica, doença cerebrovascular ou carcinoma de endométrio e nas neoplasias iniciais que se desenvolvam durante uso do TMX (BRASIL, 2004a). A terapia hormonal é a modalidade de tratamento sistêmico que possui menor toxicidade, quando comparada à quimioterapia (BONASSA; GATO, 2012).

1.2.1 Tratamento quimioterápico

O tratamento com quimioterapia antineoplásica consiste no uso de drogas, isoladas ou associadas, com a finalidade de tratar as neoplasias malignas não curáveis por radioterapia ou cirurgia. Os fármacos atuam no nível celular do tumor, evitando seu crescimento e divisão. Porém, em geral, os agentes quimioterápicos não possuem ação específica para destruir apenas as células tumorais. Assim, acabam sendo tóxicos às células normais que possuem alta atividade mitótica e ciclos celulares curtos. Felizmente, os tecidos normais demonstram recuperação mais acelerada do que os tumorais (SILVA, 2007; BONASSA et. al., 2012).

Os quimioterápicos atuam durante a divisão celular da neoplasia. Assim, são divididos em drogas cicloespecíficas, as quais agem apenas em uma determinada fase da divisão celular, como na fase S; e nas drogas inespecíficas, as quais agem em qualquer fase do ciclo, incluindo a fase em repouso (G0). Os quimioterápicos apresentam melhor eficácia quando administrados precocemente, uma vez que a neoplasia estará em processo de divisão ativa (SILVA, 2007).

Segundo Bonassa *et al.* (2012), o tratamento quimioterápico do câncer de mama pode ser classificado de acordo com a sua finalidade:

- Terapia Neoadjuvante: administrada antes do tratamento curativo, com o objetivo de diminuir a radicalidade da cirurgia e ao mesmo tempo diminuindo o risco de metástase.

- Terapia Adjuvante: tem a finalidade de aumentar as chances de cura após a cirurgia, podendo ser ou não associada à radioterapia.
- Terapia Paliativa: o objetivo não é a cura e sim a palição dos efeitos da doença, podendo ou não prolongar a sobrevivência. Esta modalidade irá tratar os sintomas da doença, retardar o aparecimento dos sintomas e melhorar a qualidade de vida. É utilizada quando há metástase.

O tratamento quimioterápico é realizado seguindo protocolos que podem conter uma ou mais drogas, com doses, sequências e intervalos baseados no tempo que as células normais necessitam para se recuperar, porém antes da recuperação do crescimento tumoral (BONASSA *et al.*, 2012; SILVA, 2007).

1.3 IMPACTO MULTIDIMENSIONAL DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Devido ao impacto psicológico que provoca, o câncer de mama é, provavelmente, a neoplasia maligna mais temida pelas mulheres, uma vez que envolve de maneira negativa a percepção da sexualidade e da autoimagem (BRASIL, 2008; SILVA, 2008). A passagem de mulher sem câncer para mulher com câncer de mama é extremamente estressante, permeada por medo de morrer, de não ser curada, medo do tratamento, da alopecia devido à quimioterapia, da mudança da imagem perante a sociedade e da mudança dos papéis em casa. Alves, Santos e Fernandes (2012) afirmam que, após receber o diagnóstico de câncer de mama, as vidas das mulheres ficam permeadas de sentimentos como baixa autoestima, falta de autoavaliação e do estigma da mutilação. Com isso, essas mulheres podem apresentar algumas dificuldades que irão gerar tipos de enfrentamento e tentativas de lidar com a situação em que se encontram.

Em seu estudo, Caetano, Gradim e Santos (2009) relatam que as mulheres, ao serem indagadas sobre o impacto do diagnóstico de câncer de mama em suas vidas, ressaltam o desespero e a perplexidade que as acometem, pois as mulheres acreditavam que *aquela doença ruim* só acometia às outras. Esses autores ainda

afirmam que isso ocorre porque existe uma crença em que o portador de câncer está sentenciado à morte. No entanto, com o avançar da tecnologia no tratamento do câncer, as pacientes possuem, hoje, maiores chances de serem reabilitadas e de retomar suas vidas cotidianas, como cuidar do lar e dos seus filhos.

Referente ao tratamento para o câncer de mama, principalmente em relação a quimioterapia, as pacientes tendem a se queixar, em sua maioria, dos efeitos físicos, e referirem sensação de desconforto diante da imagem corporal e da alopecia, o que gera um impacto psicológico negativo. Algumas mulheres, ao avaliarem o tratamento, o veem de forma positiva, uma vez que o percebem como sendo a possibilidade de cura ou mesmo prevenção de recidiva; mesmo assim elas se queixam do enjoo, da diminuição do rendimento funcional e da queda de cabelo, considerando o tratamento quimioterápico como o pior que realizaram e enfrentaram (ROSSI; SANTOS, 2003). Gomez, Sanchez e Insuasty (2011) reforçam que a imagem corporal da mulher é afetada pelo tratamento quimioterápico, uma vez que traz prejuízos à autoimagem e à autoestima das pacientes. Isso ocorre porque o cabelo, que é um dos símbolos da feminilidade, cai durante o tratamento, fazendo com que algumas pacientes vivenciem a experiência de isolamento social, pois acreditam que possam ser identificadas na rua como uma paciente com câncer. Esses autores afirmam que todas as pacientes que participaram de sua pesquisa vivenciaram emoções negativas, como tristeza e ansiedade, ao iniciarem o tratamento com quimioterapia. Dessa maneira, pode-se inferir que a mudança corporal, os efeitos colaterais e a ansiedade gerada pelo tratamento quimioterápico exigirão que as pacientes adotem estratégias de enfrentamento para conseguir superar essa nova etapa em suas vidas.

1.4 AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, A ANSIEDADE E O CÂNCER DE MAMA

Segundo Lazarus e Folkman (1984), enfrentamento ou *coping* consiste em esforços cognitivos e comportamentais constantes para administrar as demandas específicas

externas e/ou internas advindas de situações de estresse e que são avaliadas como sobrecarga ou excedendo os recursos pessoais, sendo esse um processo dinâmico que não ocorre por acaso e que é passível de avaliações e reavaliações. O *coping* pode ter seu foco voltado ao problema, quando a pessoa busca a resolução da situação por meio de informações sobre o evento estressante e, assim, avalia a ação que acredita ser mais eficaz para solucionar o evento estressante; ou ainda, o *coping* pode ser centrado na emoção, quando as estratégias adotadas são carregadas de emoções que resultam de processos de autodefesa e servem como escudo, evitando o confronto com o fator estressante. Assim, o indivíduo pode se distanciar, fugir ou se esquivar do problema (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A associação do enfrentamento com a avaliação cognitiva se torna mediadora entre o organismo e o ambiente, tornando o processo dinâmico e multidimensional (SEIDL; TROCCOLI; ZANNON, 2001). Inicialmente, quando um evento é identificado como estressor, estratégias e comportamentos são desenvolvidos com o objetivo de minimizar a ação dos estímulos ambientais que podem causar danos e perdas ao indivíduo e, assim, aumentar a probabilidade de restabelecer o equilíbrio e o bem-estar (TAVARES; TRAD, 2010).

De acordo com Andolhe, Guido e Bianchi (2009), o *coping* é considerado uma estratégia. Pode, então, ser ensinado, utilizado e adaptado, independente da situação de estresse que o indivíduo esteja vivenciando; caso a estratégia de enfrentamento utilizada for eficiente, o estresse será superado, caso contrário, ocorrerá um processo de reavaliação cognitiva do estressor e possíveis mudanças de ações ocorrerão, até a resolução do problema ou a exaustão.

O estresse pode ser entendido como um processo que necessita de uma resposta desencadeada por várias etapas que serão avaliadas pelo indivíduo com intuito de buscar seu significado, para que a pessoa futuramente consiga optar pelas formas de enfrentamento adequadas a determinada situação. Sendo assim, o estresse é um fato inevitável e que faz parte do ciclo evolutivo do ser humano, sendo que cada pessoa, ao se deparar com um agente estressor, irá buscar um enfrentamento baseado em suas vivências, seus valores, seus sentimentos e sua cultura (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009). O estresse envolve reações endócrinas, emoções, crenças, cultura e variação de humor. Cabe destacar a relação do

estresse com as estratégias de enfrentamento, com o medo e com a ansiedade. A ansiedade pode ser vinculada a uma resposta ao estresse, em um processo inconsciente, onde o agente causador não está totalmente esclarecido ou definido (BACHION *et al.*, 1998).

‘Estar ansioso’ é diferente de ‘ser ansioso’. Assim, pode-se dividir ansiedade em estado e traço de ansiedade. Estado de ansiedade, ou Ansiedade-E, é definida como uma atividade emocional transitória, de acordo com as condições momentâneas vivenciadas pelo indivíduo. Nesta, destacam-se os sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, que podem variar de intensidade. Já o traço de ansiedade, ou Ansiedade-T, é como a pessoa costuma reagir frente às situações de estresses do cotidiano e que são percebidas como ameaçadoras, sendo que o traço de ansiedade é estável, variando para cada indivíduo. No geral, os níveis de Ansiedade-T são diretamente proporcionais aos níveis de Ansiedade-E, pois as pessoas que possuem elevados níveis de Ansiedade-T tendem a reagir com maior frequência às situações como se elas fossem ameaçadoras ou perigosas, elevando os níveis de Ansiedade-E (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1979; ANASTASI; URBINA, 2000).

Ao receber o diagnóstico do câncer de mama, e quando iniciam o tratamento com quimioterapia, as mulheres vivenciam sensações de tristeza e ansiedade, o que está diretamente ligado às mudanças corporais e aos efeitos colaterais desagradáveis provocados pelas drogas antineoplásicas. As mulheres, apesar de considerarem os quimioterápicos como medicamentos tóxicos ao corpo, veem a quimioterapia como um instrumento necessário para curar o câncer, sendo esta a sua principal expectativa. As pacientes consideram a doença como um ensinamento de vida em vez de ser uma punição, o que gera uma mudança espiritual e uma oportunidade de se tornar uma pessoa melhor (GOMEZ; SANCHEZ; INSUASTY, 2011). A mulher, quando recebe a notícia que deverá iniciar o tratamento quimioterápico, vivenciará inúmeras sensações geradoras de estresse que exigirão a busca de um enfrentamento. O modo como cada mulher enfrentará esse momento peculiar em sua vida e tomará suas decisões é de suma importância, na medida em que, se ela puder fazer uso do enfrentamento que melhor se enquadra nessa hora e se o mesmo for bem sucedido, isso permitirá que ela vivencie e consiga superar esse

momento da melhor forma possível. Porém, se a escolha do tipo enfrentamento não for eficaz, pode ser desastroso, podendo gerar mais estresse e aumentar os níveis de ansiedade.

Observa-se um número reduzido de artigos que abordam o enfrentamento adotado pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento quimioterápico. Diante dessa realidade e considerando a vivência da pesquisadora no setor de quimioterapia de uma instituição filantrópica, onde existem mulheres de todas as classes sociais e com experiências diversas, e em que a cada dia pelo menos uma mulher inicia o tratamento quimioterápico (prévio, adjuvante ou paliativo) para a neoplasia referida, e que nem sempre adotam uma forma de enfrentamento eficiente, questiona-se: quais as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico? As variáveis sociodemográficas, clínicas e o traço e estado de ansiedade influenciam na estratégia de enfrentamento adotada por essa paciente?

2 OBJETIVOS

- **Objetivo 1: Artigo 1**

- Identificar o traço e o estado de ansiedade das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso.
- Examinar a relação entre o traço e o estado de ansiedade e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

- **Objetivo 2: Artigo 2**

- Correlacionar às estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso com o traço e estado de ansiedade.

- **Objetivo 3**

- Elaborar um dispositivo para mediação de ensino - Tecnologia Educacional - para as mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso.

- **Produto:** Vamos enfrentar o câncer de mama?

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal. Segundo Rouquayrol (2006), este tipo de estudo permite produzir instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseados na avaliação individual e possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Estudo realizado no setor de quimioterapia do ambulatório Ylza Bianco, que pertence ao HSRC e que tem como mantenedora a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC), localizado no município de Vitória, no estado do Espírito Santo, que tem como objetivo atender pacientes do SUS. O HSRC é referência em oncologia no estado, sendo classificado como um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Composta por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso prévio, adjuvante ou paliativo.

3.3.1 Amostragem

Tomando como base o ano de 2014, considerou-se a população do estudo em torno de 1.500 mulheres a serem atendidas num intervalo de seis meses. A pesquisadora realizou um planejamento amostral, em que em dias e horários aleatórios, contemplando todos os dias da semana e todos os turnos, manhã e tarde, coletou a amostra, abordando as mulheres que recebiam a quimioterapia nesses dias e horários, totalizando uma amostra de 307 mulheres.

Os dados foram coletados de março a maio de 2015, no setor de quimioterapia, durante um encontro pontual com as pacientes enquanto as mesmas recebiam o tratamento quimioterápico endovenoso.

3.3.2 Critério de inclusão

Mulheres com diagnóstico de câncer de mama, com idade igual ou superior a 18 anos e em tratamento quimioterápico endovenoso prévio, adjuvante ou paliativo.

3.3.3 Critério de exclusão

Apresentar qualquer tipo de psicose aparente, deficiência mental ou déficit auditivo ou de linguagem que pudesse prejudicar a entrevista com a pesquisadora. Não falar português.

Para identificar se a paciente se enquadrava ou não nos critérios de exclusão a pesquisadora recorreu aos dados contidos no prontuário da paciente, antes de iniciar a entrevista. Caso não tivesse nada explicitado no prontuário da mesma e se no decorrer da entrevista a pesquisadora notasse a presença de alguma psicose, deficiência mental ou déficit auditivo ou de linguagem, a entrevista era finalizada.

3.4 VARIÁVEIS

Foram analisadas as variáveis sociodemográficas, clínicas, ansiedade e estratégia de enfrentamento.

Figura 1: Variáveis do estudo



Fonte: a autora.

3.4.1 Variáveis sociodemográficas

Analisou-se a idade, anos de estudo, situação conjugal, classe econômica, renda familiar, religião e o local de procedência. Para obter essas variáveis utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário próprio (APÊNDICE B).

3.4.1.1 Idade

Segundo Brasil (2014), a idade é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer de mama, tendo sua incidência maior até os 50 anos.

Para avaliar a amostra, utilizou-se a seguinte escala de faixa etária.

- ✓ 18 até 30 anos;
- ✓ 31 até 40 anos;
- ✓ 41 até 50 anos;
- ✓ 51 até 60 anos;
- ✓ 61 a 70 anos;
- ✓ 71 ou mais.

3.4.1.2 Anos de estudo

Para analisar os dados obtidos com esta variável, transformou-se a escala que era qualitativa em quantitativa. Utilizou-se a seguinte escala:

- ✓ Analfabeto: 0 anos de estudo;
- ✓ Ensino fundamental incompleto e completo: 1 a 8 anos de estudo;
- ✓ Ensino médio incompleto e completo: 9 a 11 anos de estudo;
- ✓ Ensino superior incompleto e completo: 12 ou mais anos de estudo.

3.4.1.3 Situação conjugal

Para mensurar esta variável, utilizou-se a seguinte escala, seguindo os critérios de Panzini (2007):

- ✓ Solteira;
- ✓ Casada/vive como casada;
- ✓ Divorciada;
- ✓ Separada;
- ✓ Viúva;

- ✓ Outros.

3.4.1.4 Classe econômica e renda familiar

Avaliou-se por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), publicada em 2012. Isso se justifica uma vez que a CCEB publicada em 2015 inviabilizaria a comparação dos resultados do presente estudo com os dos artigos existentes.

- ✓ Classe Econômica A1;
- ✓ Classe Econômica A2;
- ✓ Classe Econômica B1;
- ✓ Classe Econômica B2;
- ✓ Classe Econômica C1;
- ✓ Classe Econômica C2;
- ✓ Classe Econômica D;
- ✓ Classe Econômica E.

Mensurou-se a renda familiar por meio da escala seguinte:

- ✓ 1 | 2 salários mínimos;
- ✓ 2 | 3 salários mínimos;
- ✓ 3 | 4 salários mínimos;
- ✓ 4 salários mínimos ou mais;
- ✓ Não referiu;
- ✓ Não sabe.

3.4.1.5 Religião

Foram seguidos os critérios de Panzini e Bandeira (2007), utilizando-se a seguinte escala de medida:

- ✓ Católica;

- ✓ Espírita;
- ✓ Sem religião, mas espiritualizado;
- ✓ Evangélica;
- ✓ Duas ou mais religiões simultâneas;
- ✓ Ateu/Agnóstico;
- ✓ Outras.

3.4.1.6 Local de procedência

Para determinar o local de procedência das pacientes capixabas utilizou-se a divisão regional do Espírito Santo em microrregiões de gestão administrativa, de acordo com a lei nº 9.768 de 28/12/2011. Assim, os municípios são divididos de acordo com as seguintes regiões:

- ✓ Metropolitana;
- ✓ Central serrana;
- ✓ Sudoeste serrana;
- ✓ Litoral sul;
- ✓ Central sul;
- ✓ Caparaó;
- ✓ Rio doce;
- ✓ Centro-oeste;
- ✓ Nordeste;
- ✓ Noroeste.

Para análise final do local de procedência, utilizou-se a seguinte escala:

- ✓ Região metropolitana
- ✓ Outras regiões do estado
- ✓ Outro estado

3.4.2 Variáveis clínicas

Avaliou-se o estadiamento clínico, a finalidade do tratamento quimioterápico, o protocolo quimioterápico e a participação no programa de reabilitação para mulheres mastectomizadas (PREMMA). Vale ressaltar que essas variáveis foram obtidas por meio de busca ativa nos prontuários, com exceção da variável participação no PREMMA, para a qual se utilizou a técnica de entrevista com registro em formulário próprio (APÊNDICE B).

3.4.2.1 Estadiamento clínico

Para mensurar esta variável foi utilizado o sistema TNM, para a avaliação do estágio da doença (BRASIL, 2004b). O estadiamento é assim definido:

- ✓ Estádio I – Quando o tumor tem até dois centímetros, sem qualquer evidência de ter se espalhado pelos linfonodos;
- ✓ Estádio II – Inclui tumor de até dois centímetros, mas com envolvimento de linfonodos, ou então um tumor primário de até cinco (5) centímetros sem metástase;
- ✓ Estádio III – Quando o tumor tem mais de cinco centímetros e há envolvimento dos linfonodos da axila da mama afetada; e
- ✓ Estádio IV – Quando existem metástases distantes, como no fígado, ossos, pulmão, pele ou outras partes do corpo.

3.4.2.2 Finalidade do tratamento quimioterápico

A administração dos quimioterápicos diferencia de acordo com o planejamento e finalidade terapêutica, que segundo Silva (2007) podem ser divididos em:

- ✓ Quimioterapia neoadjuvante: a quimioterapia será administrada antes do tratamento principal, com a finalidade de agir no tumor de forma precoce e diminuir a sua extensão, facilitando o seu controle.

- ✓ Curativa: quando a quimioterapia resultará em uma resposta completa que deve perdurar no mínimo por cinco anos, em adultos.
- ✓ Adjuvante: o agente quimioterápico será administrado após o tratamento principal, que pode ser cirúrgico ou radioterápico, com a finalidade de reforçar o efeito do tratamento primário, além de eliminar a potencial doença residual metastática.
- ✓ Paliativa: este tipo de quimioterapia não influencia na sobrevivência da paciente, ela tem a finalidade de controlar e aliviar os sintomas, reduzir a massa tumoral e melhorar a qualidade de vida.

3.4.2.3 Protocolos quimioterápicos

Existem vários tipos de quimioterapias e diversas maneiras de associá-las. Usaram-se como referência os protocolos mais utilizados no setor de quimioterapia do HSRC para o tratamento do câncer de mama que são cobertos pelo SUS. Fez-se uso dos referenciais teóricos Passos e Crespo (2011), Bonassa e Gato (2012) e Edward (2010).

- ✓ AC: Doxorrubicina 60 mg/m² e ciclofosfamida 600 mg/m².
- ✓ CMF: Ciclofosfamida 600 mg/m², metotrexato 40 mg/m² e fluorouracil 600 mg/m².
- ✓ TCH: Docetaxel 75 mg/m², carboplatinado calculado para AUC6 e trastuzumabe 8mg/kg (dose de ataque 1º ciclo), 6 mg/kg (ciclo subsequentes).
- ✓ TXT-trastuzumabe: Docetaxel 75 mg/m² e trastuzumabe 8 mg/kg (dose de ataque 1º ciclo), 6 mg/kg (ciclo subsequentes).
- ✓ FAC ou CAF: Fluorouracil 500 mg/m², doxorrubicina 50 mg/m² e ciclofosfamida 500 mg/m².
- ✓ Gencitabina: 725 mg/m².
- ✓ Paclitaxel: 175 mg/m².
- ✓ Docetaxel: 60 a 100 mg/m².
- ✓ TC: Docetaxel 75 mg/m² e ciclofosfamida 600 mg/m².
- ✓ Cisplatina-gencitabina: Cisplatina 30 mg/m² e gencitabina 750 mg/m².
- ✓ Vinorelbina: 25 mg/m².

- ✓ Trastuzumabe: 8 mg/kg (dose de ataque 1º ciclo), 6 mg/kg (ciclos subsequentes).
- ✓ Irinotecano-mitomicina: Irinotecano 140 mg/m² e mitomicina 7 mg/m².
- ✓ Paclitaxel-cisplatina: Paclitaxel 90 mg/m² e cisplatina 60 mg/m².
- ✓ Paclitaxel/carboplatina: Paclitaxel 200 mg/m² e carboplatina dose calculada para AUC6.
- ✓ Paclitaxel-trastuzumabe: paclitaxel 175 mg/m² e trastuzumabe 8 mg/kg (dose de ataque 1º ciclo), 6 mg/kg (ciclos subsequentes).

A dose da quimioterapia utilizada depende da superfície corpórea de cada paciente, que é calculada de acordo com o peso e a altura; utiliza-se a seguinte fórmula: $SC(m^2) = \frac{\sqrt{\text{altura (cm)} \times \text{peso (kg)}}}{3600}$ (SILVA, 2007).

Quando a paciente apresenta implantes ósseos secundários, confirmados por meio de cintilografia óssea, a finalidade do tratamento será paliativo e o oncologista poderá acrescentar ao protocolo quimioterápico a medicação pamidronato dissódico, que tem como ação principal impedir a reabsorção óssea através dos osteoclastos.

De acordo com o protocolo elegido pelo oncologista como tratamento para a paciente, haverá um intervalo determinado entre a administração dos quimioterápicos, que pode ser, por exemplo, a cada 21 dias se o protocolo utilizado for o AC; assim, a cada sessão de quimioterapia que a paciente realizar (neste caso após 21 dias) ela estará realizando um ciclo. Neste estudo, por meio de dados do prontuário, é relatado em qual ciclo do protocolo atual a paciente se encontra no dia da entrevista.

3.4.2.4 Participação no PREMMA

O PREMMA funciona no ambulatório Ylza Bianco, do HSRC, realiza atendimento interdisciplinar as mulheres com câncer de mama no pré e pós-operatório e também em todo transcorrer da doença.

3.4.3 Variável Traço e Estado de ansiedade

Para identificar o traço e o estado de ansiedade, utilizou-se o instrumento *STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY*, elaborado por Spielberger *et al.* (1979) reconhecido no Brasil como Inventário de Ansiedade (A-Traço) e Estado (B-Estado) ou IDATE. Esse instrumento (ANEXO B) contém 20 questões dedicadas à análise do traço de ansiedade das mulheres estudadas e 20 questões destinadas à análise do estado de ansiedade no momento da entrevista; a frequência do traço de ansiedade varia de 1 a 4, sendo 1 = quase nunca, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = quase sempre; o escore para a frequência do estado de ansiedade também varia de 1 a 4, onde 1 = não, 2 = um pouco, 3 = bastante e 4 = totalmente. A pontuação desses itens varia de 20 a 80 pontos, sendo que 20 a 39 pontos indicam níveis de ansiedade baixa, 40 a 59 pontos níveis de ansiedade média e 60 a 80 pontos níveis altos de ansiedade.

3.4.4 Variável estratégia de enfrentamento

Para identificar a estratégia de enfrentamento utilizada pelas pacientes com câncer de mama, utilizou-se a Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP), validada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001).

A EMEP (ANEXO A) é composta por 45 itens que estão distribuídos em quatro fatores:

- 18 itens referentes ao enfrentamento focado no problema;
- 15 itens referentes ao enfrentamento focado na emoção;
- 07 itens referentes à busca religiosa; e
- 05 itens referentes à busca de suporte social.

Para responder as questões da EMEP, utilizou-se a escala de Likert de cinco pontos, onde 1 equivale a “Eu nunca faço isso” e 5 equivale a “Eu faço isso sempre”. Para analisar as respostas das pacientes, utilizou-se os escores que variam de 1 a 5, sendo que os mais elevados indicam que determinada forma de enfrentamento está sendo mais usada. No final da EMEP, há uma pergunta aberta “Você tem feito

alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?”, com o objetivo de identificar se a entrevistada utiliza alguma outra forma de enfrentamento que não foi discriminada na EMEP.

3.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Para análise estatística, utilizou-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) - versão 19.0. Para os três artigos, fixou-se o nível de significância de 5% correspondendo a $p = 0,05$ (limite de confiança de 95%). Fez-se uso de média, mediana e desvio padrão para analisar o artigo 2.

No artigo 2, para análise, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson e o teste de Mann-Whitney. O coeficiente de correlação de Pearson é indicado para delinear a correlação linear dos valores obtidos de duas variáveis quantitativas. Representado pela letra “r”, o coeficiente de correlação sempre irá variar de +1 a -1, sendo que +1 define uma relação linear positiva perfeita, 0 que não existe nenhuma relação linear entre as variáveis e -1 significa que há uma relação linear negativa perfeita. Vale ressaltar que a unidade de medida não influencia o coeficiente de correlação de Pearson. No entanto, valores atípicos da mesma forma que influenciam o desvio padrão, também irão influenciar o coeficiente (DAWSON; TRAPP, 2003; BARBETTA, 2008). Para determinar se uma correlação é boa ou inexistente, Colton (1974 apud DAWSON; TRAPP, 2003) define os seguintes parâmetros (valor de r).

- 0 a 0,25 (ou -0,25): correlação pequena ou inexistente.
- 0,25 a 0,50 (ou -0,25 a -0,50): correlação razoável.
- 0,50 a 0,75 (-0,50 a -0,75): correlação moderada a boa.
- Valores acima de 0,75 (ou -0,75): correlação muito boa a excelente.

Nas pesquisas na área das ciências biológicas, quando o valor do coeficiente de correlação for igual ou superior a 0,95, deve-se rever se não ocorreu algum erro ou

artefato, pois a maioria das características biológicas possui de forma inerente uma variabilidade (COLTON, 1974 *apud* DAWSON; TRAPP, 2003).

De acordo com Siegel (1975), utiliza-se a Prova *U* de Mann-Whitney para confirmar se dois grupos distintos foram ou não obtidos da mesma população. Dessa maneira, é considerada uma das mais importantes provas não paramétricas, sendo uma opção muito útil da prova paramétrica *t* quando o pesquisador tem por objetivo evitar suposições estabelecidas por esta última.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

Submeteu-se a pesquisa ao Centro de Estudo e Pesquisa do HSRC e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES com as determinações éticas previstas na resolução nº 466/12, onde após avaliação foi aprovada a sua realização em 11 de março de 2015 sob o nº 980.091 (ANEXO C).

As pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) onde, entre outras coisas, era informado que a participação no estudo é voluntária, não sendo obrigatória, garantindo o direito de desistência a qualquer momento e mantido sigilo da identidade das participantes.

4 RESULTADOS

4.1 PROPOSTA DE ARTIGO 1

TRAÇO E ESTADO DE ANSIEDADE DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE
CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**RESUMO**

Objetivos: identificar o traço e o estado de ansiedade das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso e examinar a relação da ansiedade com as variáveis sociodemográficas e clínicas. **Metodologia:** estudo descritivo do tipo corte transversal, realizado no setor de quimioterapia do ambulatório Ylza Bianco, que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), localizado no município de Vitória, ES. Obtiveram-se os dados por meio de entrevista com 307 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso prévio, adjuvante ou paliativo. Para análise estatística utilizou-se o SPSS versão 19.0. **Resultados:** 60,9% das pacientes demonstraram ter baixo nível do traço de ansiedade e 91,5% baixo nível do estado de ansiedade. Houve correlação estatisticamente significativa entre o traço de ansiedade e as variáveis procedência ($p = 0,005$), renda familiar ($p = 0,002$) e finalidade do tratamento quimioterápico ($p = 0,016$). O estado de ansiedade apresentou significância apenas na correlação com a variável faixa etária ($p = 0,030$). **Conclusão:** o nível de ansiedade das mulheres que realizam o tratamento com quimioterapia é influenciado pelas suas condições sociodemográficas e clínicas. Os profissionais da área oncológica devem ficar atentos às pacientes com câncer de mama e aos seus níveis de ansiedade, ajudando-as a reduzirem a ansiedade que emana desde o diagnóstico até a realização do tratamento, a fim de minimizar a possibilidade do desenvolvimento de transtornos emocionais.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, Quimioterapia, Ansiedade.

ABSTRACT

Objectives: The aim of the present study is to identify the trait and state anxiety of women with breast cancer undergoing chemotherapy intravenous treatment and to examine the anxiety related to the socio-demographic and clinical variables.

Methodology: This is a descriptive study of the cross-section type, held at Ylza Bianco Chemotherapy Outpatient Sector, which belongs to the Santa Rita Hospital (HSRC), located in Vitória / ES. We obtained the data through interviews with 307 women with breast cancer prior intravenous chemotherapy, adjuvant or palliative. For statistical analysis we used the SPSS version 19.0. **Results:** 60.9% of patients were found to have low levels of trait anxiety and 91.5% low level of the state of anxiety. There was a statistically significant correlation between trait anxiety and the variables origin ($p=0,005$), family income ($p=0,002$) and purpose of chemotherapy ($p=0,016$). The state anxiety presented significance only in correlation with the age variable ($p=0,030$). **Conclusion:** The level of anxiety of women undergoing treatment with chemotherapy is influenced by socio-demographic and clinical conditions. Professionals in the oncology area should be alert to patients with breast cancer and their anxiety levels, helping them to reduce anxiety emanating from diagnosis to the completion of the treatment in order to minimize the possibility of developing emotional disorders.

Keywords: Breast Neoplasm, Chemotherapy, Anxiety.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, e consequente envelhecimento da população, a cada dia aumenta o número de pessoas acometidas pelo câncer. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil em 2014 e em 2015, estima-se a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de neoplasia de pele não melanoma; se não considerarmos esse último caso de câncer, a estimativa é de um total de 394 mil casos novos, sendo 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para sexo feminino⁽¹⁾.

O câncer de mama é o tipo de neoplasia que mais acomete as mulheres, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, sendo que o principal fator de

risco é a idade, uma vez que a incidência aumenta rápido até os 50 anos e posterior a esta idade ocorre de maneira lenta; outros fatores de risco já estão estabelecidos, como os fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama, consumo de álcool, obesidade, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama)^(1,2). A sobrevida para esse tipo de câncer nos países desenvolvidos é de 85% em cinco anos. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento é cerca de 50% a 60%⁽¹⁾.

Devido ao impacto psicológico que provoca, o câncer de mama é, provavelmente, a neoplasia maligna mais temida pelas mulheres, uma vez que envolve de maneira negativa a percepção da sexualidade e da autoimagem^(3,4). Após receber o diagnóstico de câncer de mama, as vidas das mulheres ficam permeadas de sentimentos como baixa autoestima, falta de autoavaliação e do estigma da mutilação. Com isso, essas mulheres podem apresentar algumas dificuldades que irão gerar tipos de enfrentamento como tentativa de lidar com a situação em que se encontram⁽⁵⁾. A passagem de mulher sem câncer para mulher com câncer de mama é extremamente estressante, permeada por medo de morrer, de não ser curada, do tratamento, da alopecia devido à quimioterapia, da mudança da imagem perante a sociedade e da mudança dos papéis em casa. Esses medos podem gerar, nessas mulheres, o aumento dos níveis do estado de ansiedade.

A ansiedade pode ser dividida em estado de ansiedade e em traço de ansiedade. O estado de ansiedade, também conhecido como Ansiedade-E, é uma atividade emocional transitória, de acordo com as condições momentâneas vivenciadas pelo indivíduo. Destacam-se os sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, que podem variar de intensidade. O traço de ansiedade, conhecido como Ansiedade-T, é como a pessoa costuma reagir frente às situações de estresses do cotidiano e que são percebidas como ameaçadoras; o traço de ansiedade é estável, variando de acordo com cada indivíduo. Geralmente os níveis de Ansiedade-T são diretamente proporcionais aos níveis de Ansiedade-E, pois as pessoas que possuem elevados níveis de Ansiedade-T tendem a reagir com maior frequência às situações como se elas fossem ameaçadoras ou perigosas, elevando os níveis de Ansiedade-E^(6,7).

Diante do exposto, elaborou-se o presente estudo com o objetivo de identificar o traço e o estado de ansiedade das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso e examinar a relação da ansiedade com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal, realizado no setor de quimioterapia do ambulatório Ylza Bianco, que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC) e que tem como mantenedora a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC), localizado no município de Vitória, no estado do Espírito Santo.

Tomando como base o ano de 2014, considerou-se a população do estudo em torno de 1.500 mulheres a serem atendidas num intervalo de seis meses. Supondo a prevalência esperada de 50% para média e alta ansiedade, nível de significância de 5% e erro amostral de 5%, realizou-se cálculo no programa Epidat, versão 4.0, estimando-se uma amostra de 307 pacientes. A pesquisadora fez um planejamento amostral, em dias e horários aleatórios, contemplando todos os dias da semana e todos os turnos, manhã e tarde, coletando a amostra, abordando as mulheres que faziam a quimioterapia nesses dias e horários. Coletaram-se os dados no período de março a maio de 2015, sendo incluídas no estudo as mulheres com diagnóstico de câncer de mama, com idade igual ou superior a 18 anos em tratamento quimioterápico endovenoso prévio, adjuvante ou paliativo, e excluídas as que apresentavam qualquer tipo de psicose aparente, deficiência mental ou déficit auditivo ou de linguagem que pudesse prejudicar a entrevista com a pesquisadora, além das pacientes que não falavam português.

Foram analisadas as variáveis sociodemográficas (Faixa etária, anos de estudo, situação conjugal, classe econômica, renda familiar, religião e local de procedência) e clínicas (estadiamento clínico, finalidade do tratamento quimioterápico, protocolo quimioterápico, participação no programa de reabilitação para mulheres mastectomizadas - PREMMA). Vale ressaltar que a classificação econômica seguiu a classificação estipulada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁽⁸⁾.

Para obter as variáveis sociodemográficas e a variável clínica participação no PREMMA, utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário próprio; as demais variáveis clínicas foram obtidas por meio de busca ativa nos prontuários. Para identificar o traço e o estado de ansiedade utilizou-se o instrumento *STAI-STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY*, elaborado por Spielberger *et al.*⁽⁷⁾, reconhecido no Brasil como Inventário de Ansiedade (A-Traço) e Estado (B-Estado) ou IDATE. Esse instrumento contém 20 questões dedicadas à análise do traço de ansiedade das mulheres estudadas e 20 questões destinadas à análise do estado de ansiedade no momento da entrevista; a frequência do traço de ansiedade varia de 1 a 4, sendo 1 = quase nunca, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = quase sempre; o escore para a frequência do estado de ansiedade também varia de 1 a 4, onde 1 = não, 2 = um pouco, 3 = bastante e 4 = totalmente. As pontuações desses itens variam de 20 a 80 pontos, sendo que 20 a 39 pontos indicam níveis de ansiedade baixa, 40 a 59 pontos níveis de ansiedade média e 60 a 80 pontos níveis alto de ansiedade.

Para análise estatística utilizou-se o SPSS – Pacote Estatístico para Ciências Sociais - versão 19.0; frequência absoluta e relativa e fixou-se um nível de significância de 5% correspondendo a $p = 0,05$ (limite de confiança de 95%).

Submeteu-se a pesquisa ao Centro de Estudo e Pesquisa do HSRC e o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CCS/UFES) aprovado em 11 de março de 2015 sob o nº 980.091.

RESULTADOS

Verificou-se que, das 307 mulheres entrevistadas, 36,5% das mulheres possuíam de 41 a 50 anos, 54,7% eram casadas ou viviam como casadas, 52,1% possuíam de 1 a 8 anos de estudo; quanto à religião, 49,8% eram evangélicas, 60,3% moravam na região metropolitana, sendo que 65% eram pertencentes à classe econômica C1 e C2 e 46,3% referiram ter renda entre 1 a 2 salários mínimos. Referente às variáveis clínicas, 37,1% das pacientes apresentaram estadiamento clínico IV, sendo que 52,4% estavam recebendo quimioterapia endovenosa com finalidade adjuvante e 51,5% estavam realizando do primeiro ao terceiro ciclo de quimioterapia. No que concerne ao protocolo quimioterápico utilizado, destacou-se a associação da

doxorubicina com a ciclofosfamida (AC) sendo utilizada por 33,9% das pacientes no momento da entrevista. Quando indagadas se já haviam participado do PREMMA, apenas 12,1% já haviam participado do grupo, sendo que 61,1% foram, no máximo, a quatro reuniões.

Sobre o traço e o estado de ansiedade, observa-se na Tabela 1, que 60,9% das pacientes possuíam baixo nível do traço de ansiedade, e que 91,5% demonstraram baixo nível do estado de ansiedade.

Tabela 1: Traço e Estado de ansiedade das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015.

Traço de Ansiedade	N	%
Baixo nível de ansiedade	187	60,9
Médio nível de ansiedade	115	37,5
Alto nível de ansiedade	5	1,6
Total	307	100,0
Estado de Ansiedade	N	%
Baixo nível de ansiedade	281	91,5
Médio nível de ansiedade	24	7,8
Alto nível de ansiedade	2	0,7
Total	307	100,0

Na Tabela 2, associaram-se as variáveis sociodemográficas e as clínicas com o traço de ansiedade, sendo estatisticamente significante a correlação com as variáveis procedência ($p = 0,005$), renda familiar ($p = 0,002$) e finalidade do tratamento quimioterápico ($p = 0,016$). Assim, as mulheres que residem na região metropolitana e em outros estados possuem nível médio a alto do traço de ansiedade, já as que residem em outras regiões do estado do ES possuem nível baixo; as pacientes com renda familiar menor que 3 salários mínimos possuem nível médio a alto e as que referiram ter renda acima de três salários mínimos apresentaram baixo nível do traço de ansiedade; por fim, as pacientes que estavam realizando tratamento quimioterápico com finalidade neoadjuvante e adjuvante demonstraram baixo nível de ansiedade, no entanto quando a finalidade era paliativa o nível do traço de ansiedade foi médio a alto.

Tabela 2: Associação do traço de ansiedade com as variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015 (Continua).

Variável	Categoria	TRAÇO DE ANSIEDADE				p-valor
		Baixo		Médio e Alto		
		N	%	N	%	
Faixa etária	Até 40 anos	19	10%	14	12%	0,355
	41 até 50 anos	70	37%	42	35%	
	51 até 60 anos	62	33%	32	27%	
	61 até 70 anos	20	11%	22	18%	
	71 ou mais	16	9%	10	8%	
Estado civil	Solteira	34	18%	24	20%	0,239
	Casada/vive como casada	104	56%	64	53%	
	Divorciada/separada	31	17%	13	11%	
	Viúva	18	10%	19	16%	
Anos de estudo	Analfabeto	12	6%	8	7%	0,559
	1 a 8 anos	92	49%	68	57%	
	9 a 11 anos	60	32%	30	25%	
	12 anos e mais	23	12%	14	12%	
Religião	Católica	87	47%	57	48%	0,834
	Evangélica	93	50%	60	50%	
	Outras	7	4%	3	3%	
Procedência	Região metropolitana	101	54%	84	70%	0,005
	Outras regiões do estado	82	44%	31	26%	
	Outros estados	4	2%	5	4%	
Renda	1 -- 2 salários mínimos	76	42%	62	53%	0,002
	2 -- 3 salários mínimos	45	25%	38	32%	
	3 ou mais salários mínimos	60	33%	17	15%	
Classe social	B1 e B2	42	23%	20	17%	0,395
	C1 e C2	119	64%	80	67%	
	D e E	25	13%	20	17%	
Estadiamento	I	17	9%	7	6%	0,107
	II	38	20%	24	20%	
	III	72	39%	35	29%	
	IV	60	32%	54	45%	

Tabela 2: Associação do traço de ansiedade com as variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015 (Final).

Variável	Categoria	TRAÇO DE ANSIEDADE				p-valor
		Baixo		Médio e Alto		
		N	%	N	%	
Finalidade do tratamento	Neo-adjuvante	27	14%	7	6%	0,016
	Adjuvante	101	54%	60	50%	
	Paliativa	59	32%	53	44%	
Protocolo	AC	64	34%	40	33%	0,871
	Paclitaxel	28	15%	14	12%	
	Docetaxel	17	9%	13	11%	
	Trastuzumabe	21	11%	12	10%	
	Outros	57	30%	41	34%	
Nº do ciclo	1 a 3	92	49%	66	55%	0,451
	4 a 8	63	34%	38	32%	
	9 a 13	14	7%	10	8%	
	14 e mais	18	10%	6	5%	
Participa do PREMMA	Não	162	87%	108	90%	0,376
	Sim	25	13%	12	10%	

Com relação à associação do estado de ansiedade com as variáveis sociodemográficas e clínicas (Tabela 3), esta demonstrou ter significância apenas com a variável faixa etária ($p = 0,030$), demonstrando que quanto maior a idade da mulher menor será o seu nível de estado de ansiedade.

Tabela 3: Associação do estado de ansiedade com as variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015 (Continua).

Variável	Categoria	ESTADO DE ANSIEDADE				p-valor
		Baixo		Médio e Alto		
		N	%	N	%	
Faixa etária	Até 40 anos	27	10%	6	23%	0,030
	41 até 50 anos	101	36%	11	42%	
	51 até 60 anos	85	30%	9	35%	
	61 até 70 anos	42	15%	0	0%	
	71 ou mais	26	9%	0	0%	
Estado civil	Solteira	55	20%	3	12%	0,474
	Casada/vive como casada	150	53%	18	69%	
	Divorciada/separada	41	15%	3	12%	
	Viúva	35	12%	2	8%	
Anos de estudo	Analfabeto	19	7%	1	4%	0,592
	1 a 8 anos	149	53%	11	42%	
	9 a 11 anos	80	28%	10	38%	
	12 anos e mais	33	12%	4	15%	
Religião	Católica	136	48%	8	31%	0,225
	Evangélica	136	48%	17	65%	
	Outras	9	3%	1	4%	
Procedência	Região metropolitana	164	58%	21	81%	0,074
	Outras regiões do estado	108	38%	5	19%	
	Outros estados	9	3%	0	0%	
Renda	1 -- 2 salários mínimos	121	44%	17	65%	0,080
	2 -- 3 salários mínimos	80	29%	3	12%	
	3 ou mais salários mínimos	71	26%	6	23%	
Classe social	B1 e B2	57	20%	5	19%	0,233
	C1 e C2	179	64%	20	77%	
	D e E	44	16%	1	4%	
Estadiamento	I	22	8%	2	8%	0,843
	II	58	21%	4	15%	
	III	96	34%	11	42%	
	IV	105	37%	9	35%	
Finalidade do tratamento	Neo-adjuvante	32	11%	2	8%	0,608
	Adjuvante	145	52%	16	62%	
	Paliativa	104	37%	8	31%	

Tabela 3: Associação do estado de ansiedade com as variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015 (Final).

Variável	Categoria	ESTADO DE ANSIEDADE				p-valor
		Baixo		Médio e Alto		
		N	%	N	%	
Protocolo	AC	91	32%	13	50%	0,198
	Paclitaxel	40	14%	2	8%	
	Docetaxel	30	11%	0	0%	
	Trastuzumabe	31	11%	2	8%	
	Outros	89	32%	9	35%	
Nº do ciclo	1 a 3	143	51%	15	58%	0,914
	4 a 8	94	33%	7	27%	
	9 a 13	22	8%	2	8%	
	14 e mais	22	8%	2	8%	
Participa do PREMMA	Não	246	88%	24	92%	0,475
	Sim	35	12%	2	8%	

DISCUSSÃO

Para a mulher com câncer de mama, o diagnóstico e o tratamento despertam emoções variadas, representando um difícil momento para elas e seus familiares⁽⁹⁾. Uma das emoções a emergir é a ansiedade, que pode se manifestar de maneira variada durante a trajetória do diagnóstico ao tratamento do câncer. Quando a mulher recebe o diagnóstico de câncer de mama, o nível de ansiedade é alto⁽⁹⁾. Esse fato pode ser compreendido, uma vez que, quando a paciente recebe o diagnóstico de câncer de mama, há a percepção real de que a vida humana é finita, ocorrendo uma reação de desespero frente à possibilidade da morte, e é nesse momento que os problemas psicológicos causados pelo tratamento do câncer têm seu marco inicial⁽¹⁰⁾. Contudo, após o momento do diagnóstico, algumas mulheres iniciam um processo gradual de aceitação da neoplasia, passando por etapas que perpassam por aceitação passiva, de conformismo, a uma aceitação ativa, quando ocorre uma busca por informações sobre a doença⁽¹¹⁾. Essa aceitação provavelmente colabora para uma diminuição dos níveis de ansiedade, uma vez que o traço e estado de ansiedade de mulheres mastectomizadas no período pré e pós-operatório e durante o tratamento com hormonioterapia (uso de tamoxifeno) apresentou-se com nível médio de ansiedade⁽¹²⁻¹⁵⁾. No entanto, os resultados do presente estudo indicam que

as mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso prévio, adjuvante ou paliativo apresentam níveis baixos de traço e estado de ansiedade.

Aos 35 anos, a chance de desenvolver câncer de mama é relativamente pequena. No entanto, após essa idade ocorre de maneira rápida a incidência dessa neoplasia⁽³⁾. Das mulheres entrevistadas, a maioria possuía idade entre 41 a 50 anos, o que está de acordo com os dados encontrados em outras pesquisas^(15,16). No entanto, outros autores obtiveram uma amostra onde prevaleceu a idade igual ou superior a 51 anos^(9,17-19). Referente ao estado civil, diversos autores^(13,15-19), ao pesquisarem mulheres com câncer de mama, verificaram a predominância de pacientes casadas, dado que está em consonância com a presente pesquisa.

Alguns autores^(9,13,15-17,19) constataram em seus estudos sobre câncer de mama haver um predomínio de mulheres com baixa escolaridade, o que está de acordo com a realidade das pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico; isso ocorre possivelmente porque na maioria desses estudos, assim como na presente pesquisa, as mulheres que participaram eram SUS dependentes.

Quanto à variável religião, na literatura observa-se haver estudos com perfis diferentes da opção religiosa das pacientes com câncer de mama. No presente estudo, a maioria das mulheres afirmou ser evangélica. Dado similar foi visualizado em outra pesquisa⁽²⁰⁾. No entanto, outros autores encontram em suas amostras uma predominância de mulheres católicas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Referente à procedência, grande parte das mulheres moram na região metropolitana, resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa com pacientes com câncer de mama em uso de tamoxifeno⁽¹⁷⁾. A baixa renda e classe social encontradas na presente pesquisa estão em consonância com alguns estudos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Na literatura consultada, foi comum que as mulheres com câncer de mama apresentassem estadiamento II^(9,16-17). No entanto, dentre as pacientes em tratamento quimioterápico, houve um destaque na ocorrência do estadiamento III e IV. Isso se explica pelo fato das pacientes, em sua grande parte, estarem fazendo tratamento com finalidade adjuvante e paliativo, respectivamente.

Alguns autores^(15,16) não verificaram significância entre traço e estado de ansiedade e as variáveis sociodemográficas. Entretanto, no presente estudo, observou-se associação entre as variáveis o traço de ansiedade e a procedência, renda familiar e finalidade do tratamento quimioterápico e houve significância entre o estado de ansiedade e a faixa etária. Em relação à variável procedência e o traço de ansiedade, possivelmente devido ao deslocamento dessas mulheres residentes em outros estados e ao fato de permanecerem longe da sua rede familiar e apoio social, justifica-se o aumento do nível de ansiedade. O nível de ansiedade foi maior nas pacientes com baixa renda familiar, provavelmente devido à preocupação com o sustento familiar, uma vez que, com o adoecimento, há a possibilidade de não poder trabalhar. O traço de ansiedade foi maior nas pacientes que estavam realizando tratamento quimioterápico com finalidade paliativa, possivelmente porque nessa fase não há mais possibilidade de cura, o que leva a mulher a pensar que permanecerá em tratamento por mais tempo e que o fim da vida está próximo. O estado de ansiedade também foi maior nas mulheres com menor faixa etária, o que está de acordo com os resultados obtidos por outros pesquisadores⁽¹⁸⁾, que verificaram a existência de uma correlação entre idade e ansiedade, sendo os dois inversamente proporcionais. Assim, quanto maior a idade da paciente, menor tende a ser a ansiedade.

CONCLUSÃO

Verificou-se o predomínio de níveis baixos tanto do traço quanto do estado de ansiedade das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Os níveis mais altos do traço de ansiedade foram observados nas pacientes que residem na região metropolitana e em outros estados; nas que possuem renda familiar menor que três salários mínimos e nas que estavam realizando tratamento quimioterápico com finalidade paliativa. O estado de ansiedade demonstrou ser maior nas pacientes com menor faixa etária.

Os profissionais da área oncológica devem ficar atentos às pacientes com câncer de mama e aos seus níveis de ansiedade, para que, com sua vivência e por meio de uma assistência de qualidade, possam ajudar essas mulheres a reduzir a ansiedade que emana desde o diagnóstico até a realização do tratamento, a fim de minimizar a possibilidade do desenvolvimento de transtornos emocionais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Moares MW. Câncer de mama. In: Mohallem AGC, Rodrigues AB, organizadoras. Enfermagem oncológica. São Paulo: Manole; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-pesquisa. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
4. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol estud* 2008; 13(2): 231-7.
5. Alves PC, Santos MCL, Fernandes AFC. Stress and Coping Strategies for Women Diagnosed with Breast Cancer: a Transversal Study. *Online Braz J Nurs [Internet]* 2012 [acesso em 2013 Ago 11]; 11(2): 305-18. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714>.
6. Anastasi A, Urbina S. Testagem psicológica. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
7. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
8. Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. 2012. [acesso em 2014 maio 30]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/codigosConduas.aspx>.
9. Amorim MHC. A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
10. Maluf MFM, Mori LJ, Barros ACSD. O impacto psicológico do câncer de mama. *Rev bras Cancerol (Rio de Janeiro) [Internet]* 2005 [acesso em 2015 mar 20]; 51(2):149-54. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/revisao1.pdf.
11. Menezes NNT, Schultz VL, Peres RS. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estud Psicol (Campinas) [Internet]* 2012 [acesso em 2015 mar 20]; 17(2):233-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/06.pdf>.
12. Repposi C. Os efeitos da intervenção de enfermagem-relaxamento no sistema imunológico de mulheres com diagnóstico de câncer de mama [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2008.
13. Medeiros RHA, Nunes MLT. A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. *Psicol estud [Internet]* 2001 [acesso em 2015 abr 25]; 6(2):95-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200013&lng=en&nrm=iso.

14. Caniçali RA, Figueiredo GBA. Inserção de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em um programa de reabilitação [trabalho de conclusão de curso]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2006.
15. Primo CC, Gonçalves LRN, Olympio PCAP, Leite FMC, Amorim MHC. Ansiedade em Mulheres com Câncer de Mama. *Enferm glob* [Internet] 2012 [acesso em 2015 abr 10]; 28:63-73. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_clinica5.pdf.
16. Souza FGM, Ribeiro RA, Silva MSB, Ivo PSA, Lima VS Jr. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. *Rev Psiquiatr clín* 2000; 27(4): 207-14.
17. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. *Rev bras cancerol* 2011; 57(1):15-21.
18. Gorayeb R, Matthes HTZ, Freitas RMC, Caseiro J, Andrade J M. Ansiedade e Depressão Pré-Cirúrgica numa Enfermaria de Ginecologia Oncológica e Mastologia. *Psic, Saúde e Doenças* [Internet] 2012 [acesso em 2015 abr 25]; 13(2). Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200002&lng=pt&nrm=iso.
19. Santos NCD Jr, Santos MAD, Castro JGD, Coelho CBO. Depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres em tratamento de câncer de mama. *Rev bras Mastologia* 2010 [acesso em 2015 abr 25]; 20(2):80-5. Disponível em: http://www.sbmastologia.com.br/downloads/Mastologia_v20n2.pdf#page=26.

4.2 PROPOSTA DE ARTIGO 2

ASSOCIAÇÃO ENTRE A ANSIEDADE E O ENFRENTAMENTO DE MULHERES
COM CÂNCER DE MAMA EM QUIMIOTERAPIA**RESUMO**

Objetivo: correlacionar as estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico com o traço e o estado de ansiedade. **Metodologia:** a pesquisa desenvolveu-se no setor de quimioterapia do ambulatório Ylza Bianco, que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), localizado no município de Vitória, ES. Trata-se de estudo descritivo do tipo corte transversal. Utilizou-se amostra aleatória de 307 mulheres com câncer de mama que estavam realizando tratamento quimioterápico prévio, adjuvante ou paliativo. Os dados foram coletados por meio de entrevista e por busca ativa nos prontuários. Para análise estatística utilizou-se o SPSS versão 19.0, empregou-se o coeficiente de correlação de Pearson, o teste Mann-Whitney e fixou-se um nível de significância de 5% correspondendo a $p = 0,05$ (limite de confiança de 95%). **Resultados:** demonstrou ser significativa a correlação do traço de ansiedade e as estratégias de enfrentamento com foco no problema ($p < 0,000$) e com o foco na emoção ($p < 0,000$) e o estado de ansiedade com o enfrentamento com foco no problema ($p = 0,001$) e com o foco na emoção ($p = 0,004$). Ao utilizar o coeficiente de correlação de Pearson, observou-se a ocorrência de correlações fracas, porém estatisticamente significantes. **Conclusão:** verificou-se que a estratégia de enfrentamento eleita pelas mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico tem relação direta com o seu estado e traço de ansiedade. Assim, as pacientes que possuem o traço e o estado de ansiedade com nível baixo tendem a enfrentar utilizando como estratégia a resolução dos problemas. No entanto, quando o nível é médio a alto, tende-se a empregar o enfrentamento com foco na emoção. O estado de ansiedade também demonstrou ter correlação direta com o traço de ansiedade. É necessário o desenvolvimento de novos estudos com esta temática para aumentar as opções disponíveis para os profissionais que lidam com os pacientes que estão com câncer, principalmente para os que vivenciam o tratamento quimioterápico.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, Adaptação psicológica, Coping, Quimioterapia, Ansiedade.

ABSTRACT

Objective: To correlate the coping strategies adopted by women with breast cancer undergoing chemotherapy with the trait and state anxiety. **Methodology:** The research was developed at the chemotherapy Ylza Bianco outpatient sector, which belongs to the Santa Rita Hospital (HSRC), located in Vitória/ES. This is a descriptive cross-sectional study. A random sample of 307 women with breast cancer who were performing prior chemotherapy, adjuvant or palliative, was used. Data was collected through interviews and active search of patient's records. Statistical analysis was performed using SPSS version 19.0, and we used the Pearson correlation coefficient, Mann-Whitney test, with a set up of 5% significance level corresponding to $p=0,05$ (confidence limit of 95%). **Results:** The study showed a significant correlation of trait anxiety and coping strategies focused on the problem ($p<0,000$), and with the focus on emotion ($p<0,000$), as well as the state of anxiety with coping focused on the problem ($p= 0,001$), and also with the focus on emotion ($p=0,004$). When using the Pearson correlation coefficient the occurrence of weak correlations was observed, but it was statistically significant. **Conclusion:** It was found that the coping strategy chosen by women with breast cancer undergoing chemotherapy is directly related to their state and trait anxiety. Hence, patients who have the trait and anxiety state with low levels tend to face it using a solving problems strategy, but when the level is medium to high, patients tend to employ coping focused on emotion. The state of anxiety has also been shown to have a direct correlation with trait anxiety. New studies on this issue are necessary to be developed in order to increase the options available to professionals who deal with patients who have cancer, especially for those who experience chemotherapy.

Keywords: Breast Neoplasm, Psychological Adjustment, Coping, Chemotherapy, Anxiety.

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a neoplasia de mama é o tipo de câncer mais incidente nas mulheres, desconsiderando o câncer de pele não melanoma, sendo a estimativa para 2014 que serve para 2015, que ocorram, no estado do Espírito Santo, 990 casos novos de câncer de mama e, para a capital, Vitória, 130 novos casos⁽¹⁾. Assim, o câncer de mama é um problema de saúde pública, além de ser um fator gerador de alterações biopsicossociais para essas mulheres.

Como uma das neoplasias mais temidas pelas mulheres, o câncer de mama, ao ser diagnosticado, faz com que as pacientes fiquem permeadas de sentimentos negativos, tendo uma distorção na percepção da sua autoimagem e inibição em sua sexualidade, gerando baixa autoestima e falta de autoavaliação. Além disso, o estigma da mutilação causada pela cirurgia gera estresse e pode levar a algumas dificuldades, conduzindo as mulheres a adotar tipos diferentes de enfrentamento⁽²⁻⁴⁾.

Estratégias de Enfrentamento, ou *coping*, consistem em esforços cognitivos e comportamentais constantes para administrar as demandas específicas externas e/ou internas advindas de situações de estresse e que são avaliadas como sobrecarga ou excedendo os recursos pessoais, sendo esse um processo dinâmico que não ocorre por acaso e que é passível de avaliações e reavaliações. O enfrentamento pode ter seu foco voltado ao problema, quando a pessoa busca a resolução da situação por meio de informações sobre o evento estressante e, assim, avalia a ação que acredita ser mais eficaz para solucionar o evento estressante; ou ainda pode ser centrado na emoção, quando as estratégias adotadas são carregadas de emoção, que resultam de processos de autodefesa que servem como escudo, evitando o confronto com o fator estressante. Assim, o indivíduo pode se distanciar, fugir ou se esquivar do problema⁽⁵⁾.

A associação do enfrentamento com a avaliação cognitiva se torna mediadora entre o organismo e o ambiente, tornando o processo dinâmico e multidimensional⁽⁶⁾. O enfrentamento é considerado uma estratégia, assim ele pode ser ensinado, utilizado e adaptado, independente da situação de estresse que o indivíduo esteja vivenciando. Caso a estratégia de enfrentamento utilizado seja eficiente, o estresse

será superado. Caso contrário, ocorrerá um processo de reavaliação cognitiva do estressor e possíveis mudanças de ações ocorrerão, até a resolução do problema ou a exaustão⁽⁷⁾.

O estresse pode ser entendido como um processo que necessita de uma resposta desencadeada por várias etapas que serão avaliadas pelo indivíduo com o intuito de buscar o seu significado, para que a pessoa futuramente consiga optar pelas formas de enfrentamento adequado a determinada situação. Assim, o estresse é um fato inevitável e que faz parte do ciclo evolutivo do ser humano, sendo que cada pessoa, ao se deparar com um agente estressor, buscará um enfrentamento baseado em suas vivências, seus valores, seus sentimentos e sua cultura⁽⁷⁾. O estresse envolve reações endócrinas, emoções, crenças, cultura e variação de humor, cabendo destacar a relação do estresse com as estratégias de enfrentamento, com o medo e com a ansiedade. A ansiedade pode ser vinculada a uma resposta ao estresse, em um processo inconsciente, onde o agente causador não está totalmente esclarecido ou definido⁽⁸⁾.

Estar ansioso é diferente de ser ansioso. Assim, pode-se dividir ansiedade em estado e traço de ansiedade. Estado de ansiedade, ou Ansiedade-E, é definida como uma atividade emocional transitória, de acordo com as condições momentâneas vivenciadas pelo indivíduo. Destacam-se os sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, que podem variar de intensidade. Já o traço de ansiedade, ou Ansiedade-T, é como a pessoa costuma reagir frente às situações de estresse do cotidiano e que são percebidas como ameaçadoras, sendo que o traço de ansiedade é estável, variando de acordo com cada indivíduo. No geral, os níveis de Ansiedade-T são diretamente proporcionais aos níveis de Ansiedade-E, pois as pessoas que possuem elevados níveis de Ansiedade-T tendem a reagir com maior frequência às situações como se elas fossem ameaçadoras ou perigosas, elevando os níveis de Ansiedade-E^(9,10).

A mulher, quando recebe o diagnóstico de câncer de mama e a informação de que, conseqüentemente, terá de se submeter ao tratamento quimioterápico, é acometida por inúmeras sensações geradoras de estresse e que poderão deixá-la ansiosa, o que exigirá que assuma uma estratégia de enfrentamento. O modo como essa mulher enfrentará esse momento peculiar em sua vida e como tomará suas decisões

é de suma importância, na medida em que, se ela puder fazer uso do enfrentamento que melhor se enquadre nessa hora, e se o mesmo for bem sucedido, isso permitirá que ela vivencie e consiga superar esse momento da melhor forma possível, minimizando a ansiedade e o estresse. Porém, se a escolha do tipo enfrentamento não for eficaz, isso pode ser desastroso, podendo gerar mais estresse e aumentar os níveis de ansiedade. Diante dessa realidade, e considerando a vivência da pesquisadora no setor de quimioterapia de uma instituição filantrópica, onde existem mulheres de todas as classes sociais, com percepções diferentes e com experiências diversas, e onde a cada dia pelo menos uma mulher inicia o tratamento quimioterápico prévio, adjuvante ou paliativo para tratar o câncer de mama, e que nem sempre adotam uma forma de enfrentamento eficiente, surgiu a necessidade de verificar se as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico podem influenciar os seus níveis de ansiedade.

Frente ao exposto, o presente estudo tem por objetivo correlacionar as estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico com o traço e estado de ansiedade.

METODOLOGIA

A pesquisa desenvolveu-se no setor de quimioterapia do ambulatório Ylza Bianco, que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), tendo como mantenedora a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC), localizado no município de Vitória, no Espírito Santo. Trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal. Realizou-se o cálculo no programa Epidat, versão 4.0, para estimar a correlação entre ansiedade e enfrentamento; supondo a correlação mínima de 0,200, nível de significância de 5% e poder do teste de 95%. O tamanho mínimo de amostra calculado foi de 266 pacientes. A pesquisadora realizou um planejamento amostral, em dias e horários aleatórios, contemplando todos os dias da semana e todos os turnos, manhã e tarde. A coleta foi feita abordando as mulheres que recebiam quimioterapia nesses dias e horários, chegando a uma amostra de 307 pacientes.

O estudo foi composto de mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de câncer de mama e que estavam realizando tratamento quimioterápico endovenoso prévio, adjuvante ou paliativo, sendo excluídas da amostra as pacientes que apresentassem algum tipo de psicose aparente, deficiência mental ou déficit auditivo ou de linguagem que pudesse prejudicar a entrevista com a pesquisadora. Os dados foram coletados de março a maio de 2015, no setor de quimioterapia, durante encontro pontual com as pacientes enquanto as mesmas recebiam o tratamento quimioterápico endovenoso.

As variáveis sociodemográficas e a variável clínica participação no PREMMA foram coletadas por meio da técnica de entrevista com registro em formulário próprio, sendo as demais variáveis clínicas obtidas por meio de busca ativa nos prontuários. Utilizou-se, como instrumento para identificar as estratégias de enfrentamento adotadas pelas pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico, a Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP), validada por Seidl, Tróccoli e Zannon⁽⁶⁾. A EMEP é composta por 45 itens que estão distribuídos em quatro fatores: 18 itens referentes ao enfrentamento focado no problema; 15 itens referentes ao enfrentamento focado na emoção; 7 itens referentes à busca religiosa; e 5 itens referentes à busca de suporte social. Para responder às questões da EMEP, utilizou-se a escala de Likert de cinco pontos, onde 1 equivale a “Eu nunca faço isso” e 5 equivale a “Eu faço isso sempre”. Para analisar as respostas das pacientes, utilizaram-se os escores que variam de 1 a 5, sendo que os mais elevados indicam que determinada forma de enfrentamento está sendo mais usada.

O traço e o estado de ansiedade foram mensurados por meio do instrumento *STAI-STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY*, elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene⁽¹⁰⁾, reconhecido no Brasil como Inventário de Ansiedade (A-Traço) e Estado (B-Estado) ou IDATE. Esse instrumento contém 20 questões dedicadas à análise do traço de ansiedade das mulheres estudadas e 20 questões destinadas à análise do estado de ansiedade no momento da entrevista. A frequência do traço de ansiedade varia de 1 a 4, sendo 1 = quase nunca, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = quase sempre. O escore para a frequência do estado de ansiedade também varia de 1 a 4, onde 1 = não, 2 = um pouco, 3 = bastante e 4 = totalmente. A pontuação desses itens varia de 20 a 80 pontos, sendo que 20 a 39 pontos indicam nível baixo

de ansiedade, 40 a 59 pontos nível médio de ansiedade e 60 a 80 pontos nível alto de ansiedade.

Para análise estatística, utilizou-se o SPSS – Pacote Estatístico para Ciências Sociais - versão 19.0. Empregou-se o coeficiente de correlação de Pearson, o teste Mann-Whitney e fixou-se um nível de significância de 5% correspondendo a $p = 0,05$ (limite de confiança de 95%).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CCS/UFES) com as determinações éticas previstas na resolução nº 466/12, onde, após avaliação, foi aprovado em 11 de março de 2015 sob o nº 980.091.

RESULTADOS

Entrevistou-se 307 mulheres, sendo que 36,5% possuíam de 41 a 50 anos, 54,7% eram casadas ou viviam como casadas, 52,1% possuíam de 1 a 8 anos de estudo, 49,8% eram evangélicas, 60,3% moravam na região metropolitana, 65% pertenciam à classe econômica C1 e C2, e 46,3% afirmaram ter renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. Referente às variáveis clínicas, 37,1% possuíam estadiamento IV, 52,4% estavam recebendo quimioterapia com finalidade adjuvante e 51,5% estavam realizando o primeiro, o segundo ou o terceiro ciclo de quimioterapia, sendo o AC (doxorrubicina e ciclofosfamida) o protocolo quimioterápico mais utilizado (33,9%). Sobre participar do Programa de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas (PREMMA), 87,9% afirmaram nunca ter participado do grupo.

Verificou-se que as pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico que utilizam como forma de enfrentamento o foco no problema (mediana: 3,89) e o foco no suporte social (mediana: 3,00) demonstram ter baixo nível de traço de ansiedade. No entanto, as pacientes que utilizam como estratégia de enfrentamento o foco na emoção (mediana: 2,00) ou o foco na religião (mediana: 3,86) possuem níveis médio a alto do traço de ansiedade. Demonstrou ser significativa apenas a associação do traço de ansiedade com as estratégias de enfrentamento com foco no problema ($p < 0,000$) e com foco na emoção ($p < 0,000$) (Tabela 1).

Tabela 1: Traço de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015.

TRAÇO DE ANSIEDADE							
Variáveis	Baixo nível de ansiedade			Médio e alto nível de ansiedade			p-valor
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	
Foco no problema	3,86	0,39	3,89	3,61	0,47	3,61	0,000
Foco na emoção	1,67	0,39	1,67	2,07	0,45	2,00	0,000
Foco na religião	3,76	0,56	3,71	3,84	0,54	3,86	0,212
Foco no suporte social	2,92	0,87	3,00	2,87	0,75	2,80	0,606

Referente ao estado de ansiedade (Tabela 2), apresentaram baixo nível de ansiedade as pacientes que utilizam o foco no problema como forma de enfrentamento (mediana: 3,83). Já as pacientes que demonstraram estar com níveis médio a alto de ansiedade no momento da entrevista foram as que fazem uso da estratégia de enfrentamento com foco na emoção (mediana:1,97), com foco na religião (mediana: 3,86) e com foco no suporte social (mediana: 3,00). Houve significância da associação do estado de ansiedade com o enfrentamento com foco no problema ($p = 0,001$) e com foco na emoção ($p = 0,004$).

Tabela 2: Estado de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015.

ESTADO DE ANSIEDADE							
Variáveis	Baixo nível de ansiedade			Médio e alto nível de ansiedade			p-valor
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	
Foco no problema	3,79	0,42	3,83	3,50	0,52	3,42	0,001
Foco na emoção	1,80	0,44	1,80	2,15	0,59	1,97	0,004
Foco na religião	3,79	0,54	3,71	3,77	0,69	3,86	0,777
Foco no suporte social	2,90	0,82	2,80	2,88	0,85	3,00	0,990

Ao utilizar o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 3), observa-se a ocorrência de correlações fracas, porém estatisticamente significantes. Assim, observamos que a correlação do enfrentamento com foco na religião com o enfrentamento com foco na emoção ($r = 0,136$; $p = 0,017$) e o enfrentamento com foco no suporte social com o enfrentamento com foco na emoção ($r = 0,123$; $p = 0,031$) apresentam uma pequena correlação; já o enfrentamento com foco na religião com o enfrentamento com foco no problema ($r = 0,329$; $p < 0,000$) e o enfrentamento com foco no suporte social com o enfrentamento com foco no problema ($r = 0,349$; $p < 0,000$) demonstram grau razoável de correlação. Não revelou ser estatisticamente significativa a correlação da estratégia de enfrentamento com foco na emoção com o enfrentamento com foco no problema e o enfrentamento com foco no suporte social com o enfrentamento com foco religioso.

Referente ao traço de ansiedade, este demonstrou ter relação inversamente proporcional ao foco no problema ($r = -0,297$; $p < 0,000$) e relação diretamente proporcional ao foco na emoção ($r = 0,0511$; $p < 0,000$). Não houve correlação estatisticamente significativa entre o traço de ansiedade e o enfrentamento com foco na religião e com foco no suporte social (Tabela 3).

O estado de ansiedade também apresentou relação inversa com o enfrentamento com o foco no problema ($r = -0,298$; $p < 0,000$) e relação diretamente proporcional com a estratégia com foco na emoção ($r = 0,267$; $p < 0,000$) e com o traço de ansiedade ($r = 0,403$; $p < 0,000$). Não verificou-se correlação estatisticamente significativa entre o estado de ansiedade e o enfrentamento com foco na religião e com foco no suporte social (Tabela 3).

Tabela 3: Coeficiente de correlação das estratégias de enfrentamento e do estado e traço de ansiedade das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, 2015.

Variável	Estatística	Foco no problema	Foco na emoção	Foco na religião	Foco no suporte social	Traço de ansiedade	Estado de ansiedade
Foco no problema	Pearson p-valor	1					
Foco na emoção	Pearson p-valor	-0,110 0,054	1				
Foco na religião	Pearson p-valor	0,329 0,000	0,136 0,017	1			
Foco no suporte social	Pearson p-valor	0,349 0,000	0,123 0,031	0,074 0,196	1		
TRAÇO	Pearson p-valor	-0,297 0,000	0,511 0,000	0,073 0,204	0,014 0,801	1	
ESTADO	Pearson p-valor	-0,298 0,000	0,267 0,000	-0,075 0,191	-0,018 0,749	0,403 0,000	1

DISCUSSÃO

Um adulto em fase produtiva, ao vivenciar uma doença, desenvolverá sentimentos e reações frente a essa nova realidade, como ansiedade, medo, raiva, negação e insegurança. Além disso, essa nova experiência envolve também como ocorrerá a visualização da autoimagem e como financiar a sua sobrevivência. Frente a isso, torna-se importante conhecer as formas de enfrentamento adotadas pelos pacientes e ajudá-los a redirecionar a sua forma de enfrentamento, caso seja necessário, para reduzir o estresse e a ansiedade. Afinal, o paciente precisará lidar com momentos potencialmente estressantes e vivenciá-los de uma forma ou de outra⁽⁸⁾.

Na pesquisa⁽¹¹⁾ sobre a influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório, verificou-se haver significância do traço de ansiedade e a estratégia de enfrentamento centrada na emoção (afastamento), demonstrando que pacientes que utilizam essa forma de enfrentamento apresentam traço de ansiedade de nível médio, o que está de acordo com o presente estudo que evidenciou que pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico que utilizam como forma de enfrentamento o foco na emoção apresentam médio a alto

nível de ansiedade. Em contrapartida, as mulheres que utilizam a estratégia focalizada nos problemas possuem baixo nível de ansiedade. Autores⁽¹¹⁾ afirmam que, ao utilizar a estratégia com foco na emoção, os pacientes não assumem uma postura de eliminar o problema e sim de afastamento, assumindo uma postura mais defensiva. Atitudes de evitar o problema prenunciam dificuldades para o paciente em se ajustar à nova realidade. Em contrapartida, aqueles que focam no problema e buscam informações tendem a apresentar melhor ajustamento⁽¹²⁾.

As pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico que apresentaram baixo nível de estado de ansiedade foram as que utilizaram, como forma de enfrentamento, o foco no problema. Já as pacientes com médio a alto nível de estado de ansiedade foram as que utilizaram o foco na emoção como estratégia de enfrentamento, o que está de acordo com os resultados obtidos por outros autores⁽¹¹⁾.

Existem fatores que serão cruciais na escolha do tipo de estratégia a ser utilizada, como a natureza do estressor, as ocasiões em que ele acontece ou se repete, como a pessoa enfrentou o agente estressor no passado e o estilo que determina o sujeito. Com isso, há pessoas que tendem a evitar ou minimizar o problema e aquelas que os enfrentam ou são vigilantes. Cada tipo de pessoa desenvolverá reações diferentes, que podem ser ações construtivas, se o indivíduo utilizar mecanismos de enfrentamento de forma que a ação ocorra de forma consciente, ou a ação pode ser de defesa, nesse caso, forças do inconsciente determinarão o comportamento⁽¹³⁾.

Em estudo sobre as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno, revelou-se que o enfrentamento com foco na religião é comumente mais empregado do que a busca de suporte social e a emoção, sendo que o suporte social foi mais empregado do que a emoção. Além disso, o enfrentamento com foco no problema foi mais utilizado do que as práticas religiosas, a busca pelo suporte social e a emoção⁽¹⁴⁾. No presente estudo, houve uma pequena correlação entre o enfrentamento com foco na religião com o enfrentamento com foco na emoção e o enfrentamento com foco no suporte social com o enfrentamento com foco na emoção. Grau razoável de correlação foi obtido entre o enfrentamento com foco na religião e o enfrentamento com foco na emoção

e o enfrentamento com foco no suporte social e o enfrentamento com foco no problema.

O traço de ansiedade das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico demonstrou ter relação inversamente proporcional ao foco no problema e relação diretamente proporcional ao foco na emoção. Assim, quanto maior o traço de ansiedade menor será o enfrentamento focado no problema, mas será maior a utilização da estratégia focada na emoção, o que está de acordo com os resultados obtidos por outros autores^(11,15). Ainda outro estudo⁽¹⁶⁾ revela que quanto mais o paciente utiliza o enfrentamento com foco na emoção, maior será a probabilidade dele ter sintomas ansiosos e depressivos. No entanto, quanto maior o foco no problema menor serão as chances do paciente ter sintomas depressivos.

Um estudo⁽¹¹⁾ com pacientes no pré-operatório verificou que há tendência positiva significativa entre o enfrentamento com foco na emoção e o estado de ansiedade. Assim, quanto maior o nível do estado de ansiedade, mais empregado será esse tipo de enfrentamento. Nesse mesmo estudo houve uma correlação negativa do estado de ansiedade com a estratégia de enfrentamento voltada para o suporte social e para a resolução de problemas. Dessa maneira, essas estratégias serão mais usadas quanto menor for o nível do estado de ansiedade, o que está de acordo com os resultados obtidos na presente pesquisa, onde foi observado que quanto maior o estado de ansiedade maior será a utilização do enfrentamento com foco na emoção e menor será o emprego da estratégia com foco no problema. O estado de ansiedade das mulheres com câncer de mama também demonstrou ter relação direta com o traço de ansiedade, o que significa que pessoas com traço de ansiedade elevado tenderão a apresentar estado de ansiedade com altos níveis, representando pessoas que respondem de forma mais intensa aos estímulos do estressor^(9,10).

CONCLUSÃO

Verificou-se que a estratégia de enfrentamento eleita pelas mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico tem relação direta com o seu estado e traço de ansiedade. Assim, as pacientes que possuem o traço e o estado de ansiedade com nível baixo tendem a enfrentar utilizando como estratégia a resolução dos

problemas. No entanto, quando o nível é médio a alto, tende-se a empregar o enfrentamento com foco na emoção. O estado de ansiedade também demonstrou ter correlação direta com o traço de ansiedade.

Vale ressaltar a dificuldade de encontrar estudos que correlacionassem o estado e o traço de ansiedade com o enfrentamento utilizado por pacientes oncológicos, o que dificultou a discussão dos resultados obtidos no presente estudo. Assim, torna-se necessário o desenvolvimento de novos estudos com esta temática para aumentar as opções disponíveis para os profissionais que lidam com os pacientes que estão com câncer, principalmente para os que vivenciam o tratamento quimioterápico. Além disso, uma vez que os profissionais conhecem a correlação existente entre o enfrentamento e a ansiedade, eles podem desenvolver medidas para implementar e ajudar os pacientes a eleger estratégias de enfrentamento eficientes e, como consequência, reduzir o nível de ansiedade dos seus pacientes, o que será de grande valia para o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-pesquisa. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
3. SILVA LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol estud* 2008; 13(2):231-7.
4. Alves PC, Santos MCL, Fernandes AFC. Stress and Coping Strategies for Women Diagnosed with Breast Cancer: a Transversal Study. *Online Braz J Nurs* [Internet] 2012 [acesso em 2013 Ago 11]; 11(2): 305-18. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714>.
5. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
6. Seidl EMF, Troccoli BT, Zannon CMLC. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psic: Teor e Pesq* [Internet] 2001 [acesso em 2014 out 14]; 17(3):225-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>.

7. Andolhe R, Guido LA, Bianchi ERF. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2009 [acesso em 2013 Ago 11]; 43(3):711-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300030&lng=en&nrm=iso.
8. Bachion MM, Peres AS, Belisário VL, Carvalho EC. Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. Reme - Rev Min Enf 1998; 2(1):33-9.
9. Anastasi A, Urbina S. Testagem psicológica. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
10. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
11. Medeiros VCC, Peniche ACG. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2006 [acesso em 2015 abr 03]; 40(1):86-92. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>.
12. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. Annu Rev Psychol 2007; 58:565-92.
13. Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de psiquiatria dinâmica. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.
14. Leite FMC, Amorim MHC, Castro DSC, Vasconcellos EG, Primo CC. Estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Reme - Rev Min Enferm 2011; 15(3):394-8.
15. Souza JR, Araújo TCCF. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. Estud Psicol (Campinas) 2010; 27(2):187-96.
16. Nunes S, Rios M, Magalhães A, Costa S. Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. Psic., Saúde e Doenças [Internet] 2013 [acesso em 2015 maio 30]; 14(3): 382-8. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300002&lng=pt.

5 PRODUTO:

VAMOS ENFRENTAR O CÂNCER DE MAMA?

ISSN 2447-2360

VAMOS ENFRENTAR O CÂNCER DE MAMA?

Vitória, 2015.



AFECC - Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer

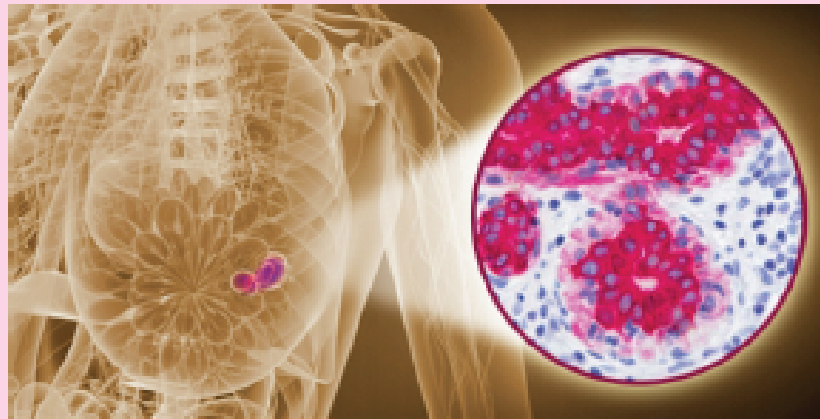
Hospital Santa Rita de Cassia

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFES

O QUE É O CÂNCER DE MAMA?

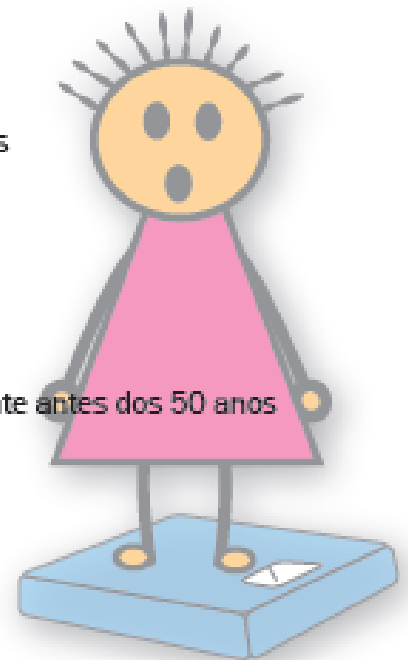
É um tipo de tumor maligno, que geralmente acomete as mulheres. Ocorre devido um desenvolvimento desordenado das células da mama, que se dividem rapidamente até formar o nódulo. Se diagnosticado e tratado no início o câncer de mama tem alta chance de cura.



©Foto Meramente Ilustrativa.

O QUE PODE CAUSAR?

- Idade (o risco é maior após os 50 anos de idade)
- Primeira menstruação (menarca) antes dos 12 anos
- Menopausa após os 55 anos
- Nunca ter tido filhos
- Primeira gravidez após os 30 anos
- Não ter amamentado
- Histórico familiar de câncer de mama, principalmente antes dos 50 anos
- Consumo de bebidas alcoólicas
- Excesso de peso
- Alimentação rica em gorduras e carne vermelha
- Não praticar exercícios físicos.



IMPORTANTE: A presença de um ou mais dos itens acima não significa que a mulher terá o câncer de mama.

A detecção precoce do câncer de mama ainda é o melhor remédio! Então, olhe, apalpe e sinta as suas mamas no dia a dia para reconhecer suas variações naturais e identificar as alterações suspeitas. Em caso de alterações persistentes, procure o Posto de Saúde (BRASIL, 2014)

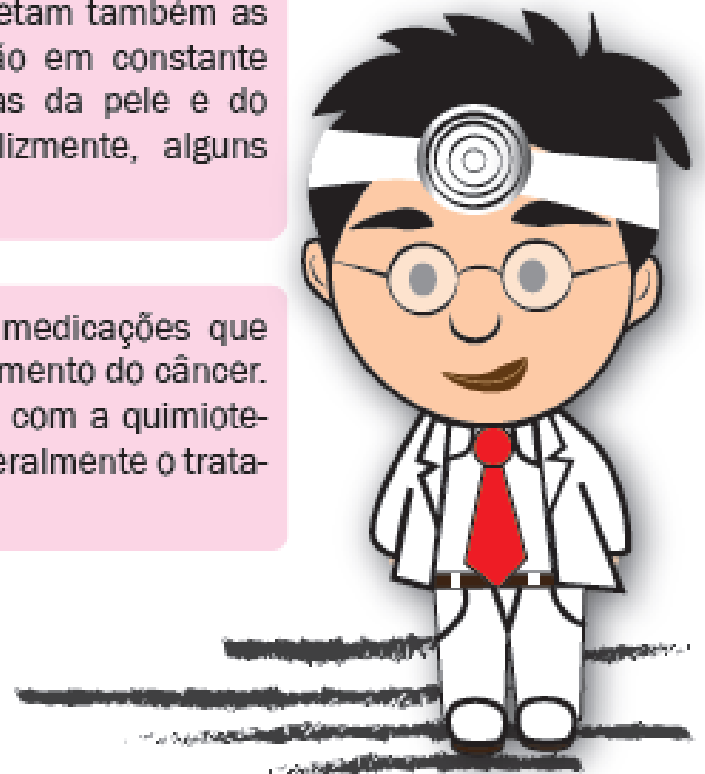
QUAIS OS TRATAMENTOS PARA CÂNCER DE MAMA?

• **Cirurgia:** é a retirada do tumor, para isso pode ser necessário a retirada total da mama (mastectomia) ou parte da mama (quadrantectomia). É possível que ocorra o esvaziamento linfático (retirada dos linfonodos) como prevenção para que o câncer não se espalhe pelo corpo.

• **Radioterapia:** é a utilização de radiação no local do tumor para destruir as células do câncer ou impedir que elas cresçam.

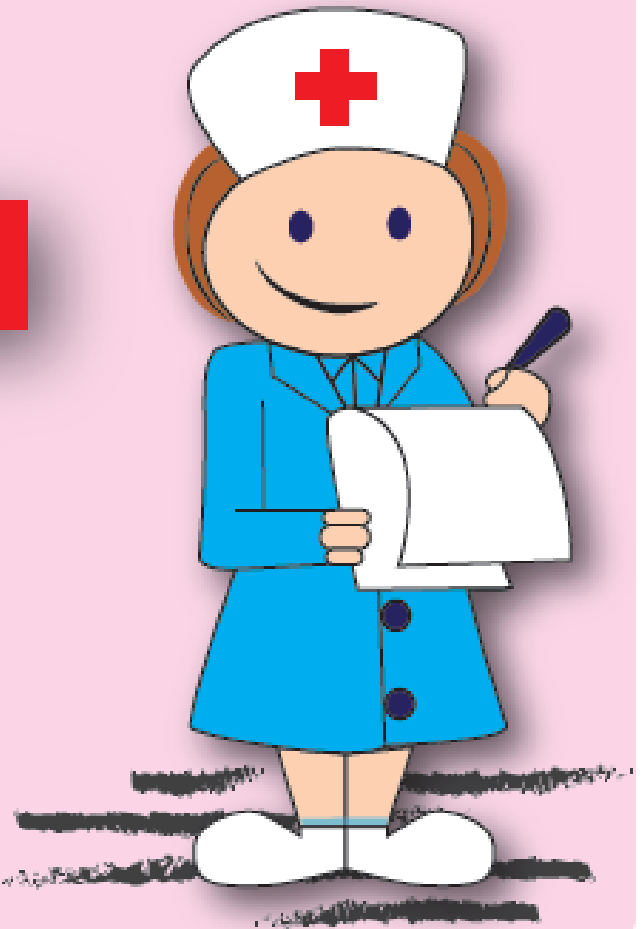
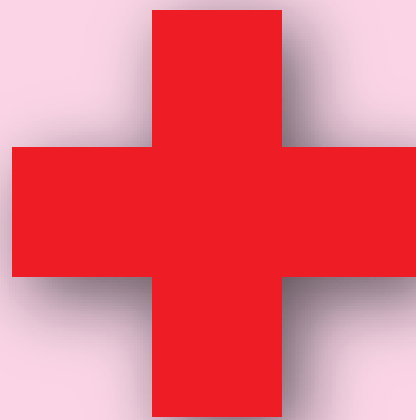
• **Quimioterapia:** é a utilização de medicações, geralmente pela veia, para destruir as células do câncer que se multiplicam de maneira desordenada e formam o tumor. A quimioterapia não atinge apenas as células do câncer, afetam também as células saudáveis que estão em constante divisão, como as células da pele e do cabelo, causando, infelizmente, alguns efeitos colaterais.

• **Hormonioterapia:** são medicações que buscam impedir o crescimento do câncer. Pode ser realizado junto com a quimioterapia e a radioterapia. Geralmente o tratamento dura cinco anos.



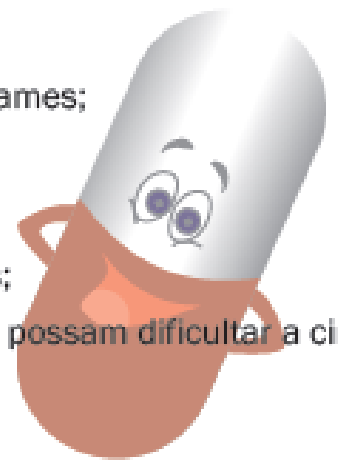
QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO TER COM O BRAÇO DO LADO DA CIRURGIA?

Os vasos linfáticos ajudam a proteger o corpo de infecções, assim os pacientes que necessitam fazer o esvaziamento axilar não têm mais o sistema linfático do lado operado agindo de uma maneira tão eficiente, por isso é necessário ter alguns cuidados com o braço do lado da mastectomia.



DESSA FORMA:

- Evite tomar injeções ou coletar sangue para exames;
- Evite medir a pressão arterial;
- Evite carregar excesso de peso;
- Evite usar anéis, relógios e pulseiras apertados;
- Evite vestir roupas justas ou com elásticos que possam dificultar a circulação;
- Evite dormir sobre o braço;
- Evite realizar movimentos repetitivos sem intervalo;
- Evite usar bolsa pendurada no ombro do lado em que foi feita a cirurgia;
- Evitar a exposição prolongada ao sol sem uso de filtros ou bloqueadores solares;
- Evitar a ocorrência de ferimentos e traumas;
- Previna-se contra picadas de insetos, use repelente ou blusas de manga comprida;
- Use somente desodorante sem álcool e de preferência sem perfume;
- Use luva térmica para cozinhar ou manusear os alimentos que estiverem no forno (convencional ou microondas);
- Use luvas de borracha para mexer com tintas ou materiais tóxicos, para realizar trabalhos de jardinagem, lidar com animais domésticos (evite arranhaduras), lavar louça, roupa ou usar esponja de aço.
- Evite se furar com agulhas ou alfinetes: quando costurar ou bordar, use um dedal;
- Para evitar que a pele resseque, formando micro rachaduras, hidrate a pele do braço e da mão, usando creme ou loção sem perfume, várias vezes ao dia;
- Use cremes depilatórios ou tesoura para retirar os pelos da axila, não depile usando cera ou lâminas para barbear;
- Não retire as cutículas com alicate, utilize creme removedor de cutículas para fazer as unhas;
- Tome cuidado ao cortar as unhas.



**VOCÊ É
ANSIOSA?**



• O tratamento para o câncer de mama pode alterar o seu nível de ansiedade. No geral os níveis de ansiedade são maiores no momento do diagnóstico, diminuindo à medida que o tratamento é realizado, sendo o nível mais baixo, geralmente, observado quando a mulher está realizando o tratamento com quimioterapia.

• O relaxamento e o alongamento são técnicas que poderão ajudá-la a diminuir seus níveis de ansiedade e estresse.

ENFRENTADO O CÂNCER DE MAMA

• Cada pessoa enfrenta um momento novo em sua vida de acordo com a sua história, crenças e condições socioeconômicas. O mesmo acontece com o paciente com câncer de mama. Pesquisas revelam que mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico tende a enfrentar a doença com foco no problema (ou seja, buscando informações e encarando de frente a doença) ou com foco na religião. No entanto, algumas pacientes enfrentam utilizando o foco no suporte social e na emoção.

• Quer aprender a enfrentar melhor esta doença? Matricule-se no PREMMA!!!
Tel.:(027) 3334-8380.

RELAXAMENTO

Passo 1- Escolha uma palavra ou uma curta frase, como ponto de referência, baseada na sua crença. Por exemplo: uma pessoa não religiosa talvez escolha um número, ou a palavra amor, ou paz. Uma pessoa religiosa talvez escolha por um texto bíblico: "O Senhor é meu pastor" (Salmo 23) e uma pessoa judia talvez opte por SHALOM. Aqui não há inferência de palavra por parte do interventor;

Passo 2- Silenciosamente sente-se de modo confortável;

Passo 3- Feche os olhos;

Passo 4- Relaxe a musculatura;

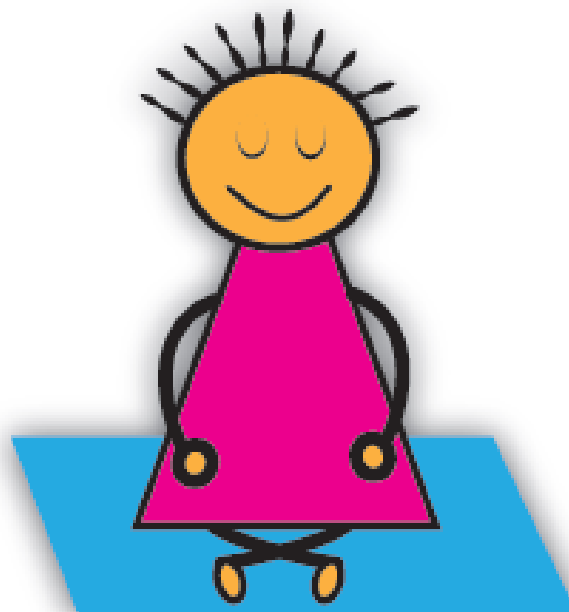
Passo 5- Respire devagar e, naturalmente, continue repetindo a palavra ou frase silenciosamente à medida que for expirando;

Passo 6- "Agora procure fazer uma viagem através da sua mente para algum lugar em que já esteve e gostaria de retornar ou para algum lugar que nunca esteve e gostaria de conhecer";

Passo 7- Do começo até o fim, assuma uma atitude passiva, não se preocupando como está se saindo. Quando outros pensamentos vierem à mente, simplesmente diga para si mesma "Oh, tudo bem!" e retorne ao pensamento anterior;

Passo 8- Continue assim por alguns minutos. Quando terminar, permaneça com os olhos fechados por alguns instantes primeiramente e depois com os olhos abertos.

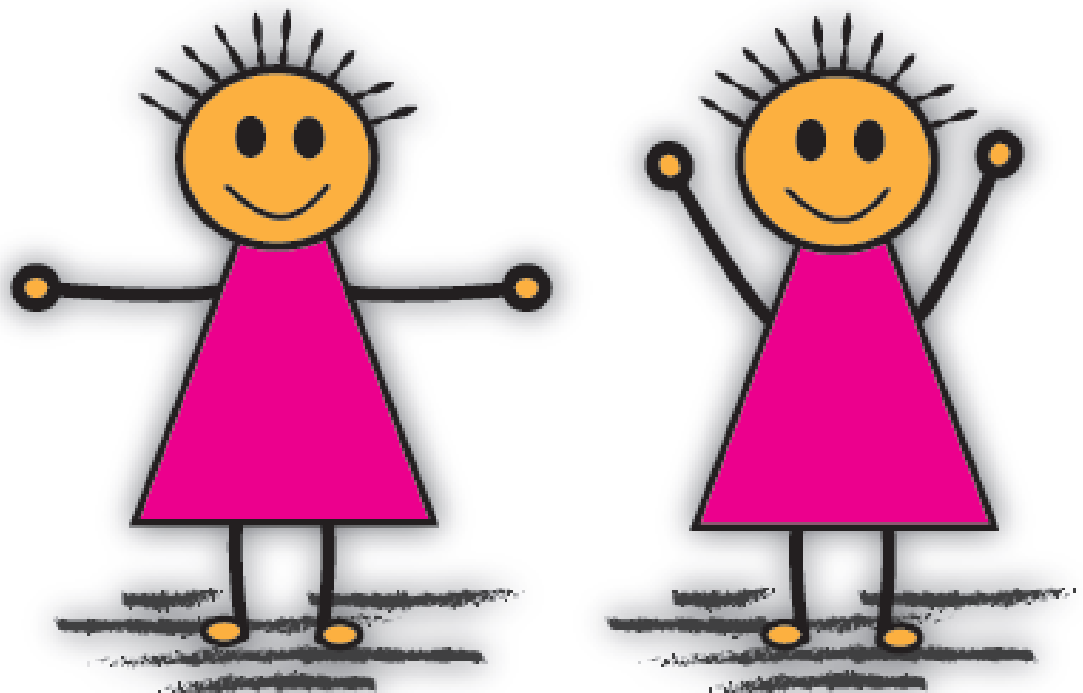
BENSON (1993) Adaptado por AMORIM (1999).



ALONGAMENTO

É importante fazer o alongamento sempre antes de realizar exercícios, para prevenir dores no pescoço e nos ombros.

- Com uma mão no rosto, empurre o rosto para o lado oposto ao da mão que o toca, e sinta alongarem-se os músculos laterais do pescoço. Repita este movimento duas vezes de cada lado;
- Com a mão sobre a cabeça, toque a orelha, puxe a cabeça para o lado do braço que você colocou sobre ela e sinta alongarem-se os músculos laterais do pescoço. Repita este movimento duas vezes de cada lado;
- Com o queixo, toque um ombro e depois leve-o até o outro ombro. Vá e volte somente uma vez;
- Com a cabeça jogada para trás, leve-a também de um ombro a outro. Vá e volte somente uma vez;
- Jogue a cabeça para frente e relaxe, sentindo os músculos da nuca alongarem-se;
- Jogue a cabeça para trás e relaxe, sentindo os músculos do pescoço da região da garganta alongarem-se.



Quer saber se você é naturalmente ansiosa? Gostaria de verificar se você está ansiosa agora?

Então faça os testes abaixo e entregue no serviço de psicologia ou para o enfermeiro no setor de quimioterapia, na sua próxima sessão de quimioterapia você terá a resposta.

TRAÇO DE ANSIEDADE – ANSIEDADE-T

INSTRUÇÃO:

Leia cada pergunta e faça um X no número, à direita, que melhor indicar como você, geralmente, se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como geralmente você se sente.

Para responder à **FREQUÊNCIA** utilize a escala **QUASE NUNCA=1; ÀS VEZES=2; FREQUENTEMENTE=3; QUASE SEMPRE=4.**

Nº	SINTOMAS	FREQUENCIA			
01	Sinto-me bem	1	2	3	4
02	Canso-me facilmente	1	2	3	4
03	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
05	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
06	Sinto-me descansada	1	2	3	4
07	Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma	1	2	3	4
08	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
09	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesma	1	2	3	4
13	Sinto-me Segura	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimida	1	2	3	4
16	Estou satisfeita	1	2	3	4
17	Às vezes, ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

SPIELBERG (1979).

ESTADO DE ANSIEDADE – ANSIEDADE- E

INSTRUÇÃO:

Leia cada pergunta e faça um X no número, à direita, que melhor indicar como você se sente agora, nesse momento de vida. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de sua opinião.

Para responder à **FREQUÊNCIA** utilize a escala **NÃO=1; UM POUCO=2; BASTANTE=3; TOTALMENTE=4.**

AGORA, NESTA FASE DA MINHA VIDA:

Nº	SINTOMAS	FREQUÊNCIA			
		1	2	3	4
01	Sinto-me calma	1	2	3	4
02	Sinto-me Segura	1	2	3	4
03	Estou tensa	1	2	3	4
04	Estou arrependida	1	2	3	4
05	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06	Sinto-me perturbada	1	2	3	4
07	Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
08	Sinto-me descansada	1	2	3	4
09	Sinto-me ansiosa	1	2	3	4
10	Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervosa	1	2	3	4
13	Estou agitada	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraída	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeita	1	2	3	4
17	Estou preocupada	1	2	3	4
18	Sinto-me superexcitada e confusa	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

REFERÊNCIAS

1. ANDRÉA FILHO, A.; TERMINI, L. Mama – cuidados pós mastectomias. Disponível em: <<http://www.oncogineco.com/og/visualizarMaterial.php?id-Material=24>> . Acesso em: 27 jun. 2015.
2. AMORIM, M. H. C. A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer da mama. 1999. 142 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
3. BENSON, H. The relaxation response. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. Mind/body medicine: how to use your Mind for better health. Boston: Consumers Reports Books, 1993. p. 233-257.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. A mulher e o câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
5. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: Documento de Consenso. Inca, abril 2004.
6. BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012.
7. DIEGUES, S. R. S.; PIRES, A. M. T. Radioterapia. In: BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012.
8. MOREIRA, L. M.; AMORIM, M. H. C.; SARÇINELLI, R. B. Aprendendo a cuidar-se pós-mastectomia. Vitória: 2009
9. MOARES, M. W. de. Câncer de mama. In: MOHALLEM, A. G. da C.; RODRIGUES, A. B. (Ed.). Enfermagem oncológica. São Paulo: Ed. Manole, 2007.
10. SPIELBERG, C. D. et al. Inventário de ansiedade traço-estado. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.
11. SILVA, A. V. Ansiedade e estratégias de enfrentamento adotadas pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento quimioterápico. 2015. Dissertação (Mestrado profissional em enfermagem) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, 2015.



UFES



Organizadoras:

Araceli Vicente da Silva e

Maria Helena Costa Amorim.

Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo.

Associação Feminina de Combate ao Câncer, 2015 -

ISSN 2447-2360.

6 CONCLUSÃO GERAL

Pode-se concluir, diante dos objetivos propostos para o desenvolvimento do estudo, o seguinte:

- Houve predomínio de níveis baixos tanto do traço quanto do estado de ansiedade das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico.
- As mulheres que moram na região metropolitana, que possuem renda familiar menor que dois salários mínimos e que estavam realizando tratamento quimioterápico com finalidade adjuvante apresentaram traço de ansiedade com nível médio a alto ($p < 0,05$). Referente ao estado de ansiedade, este demonstrou ter significância apenas com a variável faixa etária, sendo que as pacientes com idade entre 41 a 50 anos apresentaram níveis médio a alto do estado de ansiedade.
- Verificou-se que a estratégia de enfrentamento eleita pelas mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico tem relação direta com o seu estado e traço de ansiedade. Assim, as pacientes que possuem o traço e o estado de ansiedade com nível baixo tendem a enfrentar utilizando como estratégia a resolução dos problemas. No entanto, quando o nível é médio a alto, tende-se a empregar o enfrentamento com foco na emoção. O estado de ansiedade também demonstrou ter correlação direta com o traço de ansiedade.

7 REFERÊNCIAS GERAIS

ALVES, P. C.; SANTOS, M. C. L; FERNANDES, A. F. C. Stress and Coping Strategies for Women Diagnosed with Breast Cancer: a Transversal Study. **Online braz. J. nurs.(online)**, Niteroi (RJ), v. 11, n. 2, p. 305-318, sep. 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714>>. Acesso em: 11 ago 2013.

ALMEIDA FILHO, N.; Rouquayrol, M. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ALMEIDA FILHO, N; Rouquayrol, M. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi; 2006.

AMORIM, M. H. C. **A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama**. 199. 142p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem psicológica**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2000.

ANDOLHE, R.; GUIDO, L. A.; BIANCHI, E. R. F. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 711-720, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 ago. 2013.

BACHION, M. M. et al. Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. **Remo - Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 33-39, jan/jun 1998.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7 ed. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2008.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

BONASSA, E. M. A. et al. Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica. In: BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

BRASIL. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**. 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org/new/codigosConduas.aspx>>. Acesso em: 30 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama: Documento de Consenso**. Inca, abril, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-pesquisa**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. IBGE. **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/entorno/default_entorno.shtm>. Acesso em: 20 de maio de 2014.

CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, abr/jun. 2009.

CANIÇALI, R. A.; FIGUEIREDO, G. B. **A inserção de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em um programa de reabilitação** [trabalho de conclusão de curso]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem; 2006.

DAWSON, B.; TRAPP, R. G. **Bioestatística básica e clínica**. 3 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2003.

DIEGUES, S. R. S.; PIRES, A. M. T. Radioterapia. In: BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

EDWARD, M. D. C. **Pocket guide to chemotherapy protocols**. 6 ed. Canadá: Jones e Bartlett Learning, 2010.

GOMEZ, C. E. P.; SANCHEZ, L. V. G.; INSUASTY, J. E. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia*. **Rev. Colomb. Psiquiatr.**, Bogotá, v. 40, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun 2015.

GONÇALVES, C. R. A.; BUBACH, S.; LEITE, F. M. C. Câncer de mama: estratégias de enfrentamento e sua relação com variáveis socioeconômicas. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 690-696, Out/Dez 2014.

GORAYEB, R.; MATTHES, H. T. Z.; FREITAS, R. M. C. de; CASEIRO, J.; ANDRADE, J. M. de. Ansiedade e Depressão Pré-Cirúrgica numa Enfermaria de Ginecologia Oncológica e Mastologia. **Psic., Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 13, n. 2, 2012. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 abril. 2015.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria dinâmica**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Ed. Springer Publishing Company, 1984.

LEITE, F. M. C. et al. Estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. **Reme - Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 394-398, jul./set., 2011.

LEITE, F. M. C. et al. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 211-217, 2012.

LEITE, F. M. C.; AMORIM; M. H. C. A relação entre as modalidades de enfrentamento e as variáveis clínicas de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. **Rev. bras. pesquis. saúde**, Vitória, v. 11, n. 4. p. 55-61, 2009.

MARABOTTI, F; COMÉRIO, T. **Levantamento no programa de reabilitação para mulheres mastectomizadas - Premma - sobre o uso de álcool**. 2003. 63 p. Monografia – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003

MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Rev. bras. Cancerol. (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p.149-154. 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

MEDEIROS, R. H. A. de; NUNES, M. L. T. A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 6, n. 2, p. 95-100, Dez. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abril. 2015

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86-92, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 03 abril 2015.

MENEZES, N. N. T.; SCHULTZ, V. L.; PERES, R. S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estud. Psicol. (Campinas)**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 233-240, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/06.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

MOARES, M. W. Câncer de mama. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. (Ed.). **Enfermagem oncológica**. São Paulo: Ed. Manole, 2007.

NUNES, S.; RIOS, M.; MAGALHÃES, A.; COSTA, S. Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. **Psic. Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 3, p. 382-388, nov. 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 30 maio 2015.

OTTATI, F.; SOUZA, M. P. C. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. **Acta colomb. Psicol.**, Colombia, v. 17, n. 2, p. 103-111, 2014.

PANZINI, R. G; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE1): Elaboração e validação de construto. **Psicol. estud**, Maringá, v.10, n. 3, p. 507-516, 2007.

PASSOS, P.; CRESPO, A. **Enfermagem oncológica antineoplásica**. São Paulo: Lemar, 2011.

PRIMO, C. C. et al. Ansiedade em Mulheres com Câncer de Mama. **Enferm. Glob.**, Murcia, v. 28, p. 63-73, out 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_clinica5.pdf>. Acesso em: 10 abril 2015.

REPOSSI C. **Os efeitos da intervenção de enfermagem-relaxamento no sistema imunológico de mulheres com diagnóstico de câncer de mama**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Vitória, Espírito Santo, 2008.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 jun. 2015.

SANTOS JUNIOR, N. C. S. **Depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres em tratamento de câncer de mama**. 2010. Dissertação (Mestrado em ciências da saúde) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, 2010.

SANTOS, L. R. M. S.; SALDANHA, A. A. W. Histerectomia: aspectos psicossociais e processos de enfrentamento. **Psico-USF**, Itatiba, v. 16, n. 3, p. 349-356, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev 2015.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psic. Teor. Pesq.** [online]. Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-234. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>>. Acessado em: 14 outubro 2014.

SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicol. estud.** Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a09>>. Acessado em: 14 outubro 2014.

SEIDL, E. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TROCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 188-195, agos 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 14 outubro 2014.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. São Paulo, Mc Graw Hill, 1975. 350 p.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.

SILVA, L. M. G. Quimioterapia. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. (Ed.). **Enfermagem oncológica**. São Paulo: Ed. Manole, 2007.

SPIELBERG, C. D. et al. **Inventário de ansiedade traço-estado**. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.

SOUZA, J. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 187-196, abril/ junho 2010.

SOUZA, F. G. M. et al. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. **Rev. Psiquiatr. clín.** 2000; 27(4): 207-214.

STANTON, A.L; REVENSON, T. A.; TENNEN, H. Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. **Annu Rev Psychol.**, EUA, n. 58, p. 565-592, 2007.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 15, s. 1, p. 1349-1358. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/044.pdf>>. Acessado em: 14 out. 2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui convidada a participar da pesquisa que tem como título “**Estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento quimioterápico**”, sob a responsabilidade da mestrandia Araceli Vicente da Silva.

JUSTIFICATIVA

No Brasil, existem poucas pesquisas sobre a forma de como as mulheres enfrentam o câncer de mama quando estão fazendo tratamento de quimioterapia (remédio pela veia).

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Identificar as formas de enfrentar o câncer de mama usadas pelas mulheres em tratamento de quimioterapia (remédios pela veia) no ambulatório do Hospital Santa Rita de Cássia.

PROCEDIMENTOS

Minha participação nessa pesquisa acontecerá em um momento único, onde responderei a uma pesquisa com 108 questões por meio de entrevista.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A entrevista será realizada no setor de quimioterapia do ambulatório do Hospital Santa Rita de Cássia, da Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (Afecc), no município de Vitória/ES. O tempo necessário é estimado em torno de 30 minutos, e a entrevista ocorrerá durante o seu tratamento de quimioterapia, não atrasando a sua sessão de quimioterapia.

RISCOS E DESCONFORTOS

Existe um baixo risco em participar deste estudo, devido a um possível constrangimento em responder alguma pergunta. Caso isso aconteça, você poderá deixar de responder a

pergunta ou ser encaminhada ao serviço de psicologia que funciona no terceiro andar deste ambulatório que você está fazendo o seu tratamento, e existe para todos os pacientes que realizam tratamento neste hospital.

BENEFÍCIOS

Não haverá nenhum benefício direto. Como benefício indireto, a possibilidade de organizar ações entre vários profissionais no setor de quimioterapia após identificar as formas de enfrentar o câncer de mama usada pelas mulheres em tratamento com quimioterapia.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigada a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento ou posso também me recusar a responder as perguntas que julgar necessário, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Serei identificada por um número de participação, que será conhecido apenas pelas pesquisadoras. Nenhum resultado será exposto com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da minha identidade em todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa eu devo contatar a pesquisadora Araceli Vicente da Silva, no telefone (27) 99953-5695, e-mail aracelivs@gmail.com, ou endereço Rua Jose Anchieta Fontana, 491, Jardim Camburi, Vitória/ES. Para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informada e esclarecida sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo(a) pesquisador(a).

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento quimioterápico”, eu, Araceli Vicente da Silva, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória, ____/____/____

Participante da pesquisa

Araceli Vicente da Silva

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Nº no estudo: _____

Iniciais: _____

Nº do prontuário: _____

A- Faixa etária:

- | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1 () 18 até 30 anos | 2 () 31 até 40 anos | 3 () 41 até 50 anos |
| 4 () 51 até 60 anos | 5 () 61 a 70 anos | 6 () 71 ou mais |

B- Situação Conjugal:

- | | | |
|----------------|-------------------------------|------------------|
| 1 () Solteira | 2 () Casada/vive como casada | 3 () Divorciada |
| 4 () Separada | 5 () Viúva | 6 () outros |

C- Anos de estudo

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 () Analfabeto | 2 () Ensino fundamental incompleto |
| 3 () Ensino fundamental completo | 4 () Ensino médio incompleto |
| 5 () Ensino médio completo | 6 () Ensino superior incompleto |
| 7 () Ensino superior completo | |

D- Religião

- | | | |
|----------------------|--|--|
| 1 () Católica | 2 () Espírita | 3 () Sem religião mas espiritualizado |
| 4 () Evangélica | 5 () Duas ou mais religiões simultâneas | |
| 6 () Ateu/Agnóstico | 7 () Outra: _____ | |

E - Local de procedência: _____

F – Renda familiar

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1 () 1 2 salários mínimos | 2 () 2 3 salários mínimos |
| 3 () 3 4 salários mínimos | 4 () 4 salários mínimos ou mais |
| 5 () Não referiu | 6 () Não sabe |

G – Estadiamento:

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1 () Estadio I | 2 () Estadio II |
| 3 () Estadio III | 4 () Estadio IV |

H - Finalidade do tratamento quimioterápico

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1 () Neo-adjuvante | 2 () Curativa |
| 3 () Adjuvante | 4 () Paliativa |

I - Protocolo quimioterápico em uso: _____

J - Ciclo quimioterápico atual: _____

L - Participa do PREMMMA

1 () Não 2 () Sim. Já foi em quantas reuniões? _____

CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA – SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Grau de instrução do chefe da família	
Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8

ANEXO A

ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS – EMEP

NOME: _____ Data: ___/___/___

As pessoas reagem a diferentes formas a situações difíceis e estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde, no momento atual.

		1 Nunca	2 Um pouco	3 Às vezes	4 Muito	5 Sempre
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas					
2	Eu me culpo					
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação					
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo					
5	Procuro um culpado para a situação					
6	Espero que um milagre aconteça					
7	Peço conselhos a um parente ou a um amigo que eu respeite					
8	Eu rezo/oro					
9	Converso com alguém sobre como estou me sentindo					
10	Eu insisto e luto pelo que quero					
11	Eu me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo					
12	Eu brigo comigo mesma; eu fico falando comigo mesma o que deve fazer.					
13	Desconto em outras pessoas					
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema					
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista					
16	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas a minha vida					

		1 Nunca	2 Um pouco	3 Às vezes	4 Muito	5 Sempre
17	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida					
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto					
19	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém					
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema					
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema					
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe esse problema para mim					
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema					
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido					
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo					
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou					
27	Tento esquecer o problema todo					
28	Eu estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente					
29	Eu culpo os outros					
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores					
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema					
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia					
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo					
34	Procuo me afastar das pessoas em geral					
35	Eu imagino e tem desejos sobre como as coisas poderiam acontecer					
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez					
37	Descubro quem mais é ou foi responsável					

		1 Nunca	2 Um pouco	3 Às vezes	4 Muito	5 Sempre
38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor					
39	Eu sairei desta experiência melhor do que entrei nela					
40	Eu digo a mim mesma o quanto já consegui					
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo					
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo					
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação					
44	Eu me apego à minha fé para superar esta situação					
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema					

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?

ANEXO B

TRAÇO DE ANSIEDADE – ANSIEDADE-T

INSTRUÇÃO:

Leia cada pergunta e faça um **X** no número, à direita, que melhor indicar como você, geralmente, se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como geralmente você se sente.

Para responder à **FREQÜÊNCIA** utilize a escala QUASE NUNCA=1; ÀS VEZES=2; FREQUENTEMENTE=3; QUASE SEMPRE=4.

(QUASE NUNCA = 1; ÀS VEZES = 2; FREQUENTEMENTE = 3; QUASE SEMPRE = 4)

Nº	SINTOMAS	FREQUENCIA			
		1	2	3	4
01	Sinto-me bem	1	2	3	4
02	Canso-me facilmente	1	2	3	4
03	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
05	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
06	Sinto-me descansada	1	2	3	4
07	Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma	1	2	3	4
08	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
09	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesma	1	2	3	4
13	Sinto-me Segura	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimida	1	2	3	4
16	Estou satisfeita	1	2	3	4
17	Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

ESTADO DE ANSIEDADE – ANSIEDADE- E

INSTRUÇÃO:

Leia cada pergunta e faça um **X** no número, à direita, que melhor indicar como você se sente **agora, nesse momento de vida**. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de sua opinião.

Para responder à **FREQÜÊNCIA** utilize a escala NÃO=1; UM POUCO=2; BASTANTE=3; TOTALMENTE=4.

AGORA, NESTA FASE DA MINHA VIDA

(NÃO= 1; UM POUCO= 2; BASTANTE = 3; TOTALMENTE = 4)

Nº	SINTOMAS	FREQUENCIA			
		1	2	3	4
01	Sinto-me calma	1	2	3	4
02	Sinto-me Segura	1	2	3	4
03	Estou tensa	1	2	3	4
04	Estou arrependida	1	2	3	4
05	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06	Sinto-me perturbada	1	2	3	4
07	Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
08	Sinto-me descansada	1	2	3	4
09	Sinto-me ansiosa	1	2	3	4
10	Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervosa	1	2	3	4
13	Estou agitada	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraída	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeita	1	2	3	4
17	Estou preocupada	1	2	3	4
18	Sinto-me superexcitada e confusa	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO C

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO VIVENCIADAS PELAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Pesquisador: Araceli Vicente da Silva

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 37332514.1.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 980.091

Data da Relatoria: 25/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de uma enfermeira e aluna mestrado do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem – UFES. O trabalho pretende identificar as estratégias de enfrentamento de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso no Hospital Santa Rita (Vitória - ES) e examinar a relação entre as estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico e a variáveis sociodemográficas, clínicas e ansiedade. Será realizada apenas uma entrevista com o participante.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora, o objetivo da pesquisa é: "Identificar as estratégias de enfrentamento de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico endovenoso."

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora, são:

Riscos:

Possui baixo risco, sendo este decorrente de recordações de fatos importantes vivenciados pela paciente. Caso haja necessidade, a mesma poderá ser encaminhada ao serviço de psicologia existente no ambulatório do Hospital Santa Rita de Cássia.

Benefícios:

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: SN

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-001

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 900.091

Após identificação das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, será possível sistematizar ações interdisciplinares no setor de quimioterapia." Esses Itens estão compatíveis com a pesquisa, no entanto a pesquisadora apenas cita que caso haja problemas psicológicos, a pessoa "poderá ser encaminhada ao serviço de psicologia".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de importância científica e acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto apresentada e adequada;

Termo de anuência da Instituição onde será realizada por um período específico de 6 meses após a aprovação do projeto no CEP;

TCLE apresentado e adequado conforme solicitação

Termo de Sigilo e Confidencialidade de dados secundários: apresentado adequadamente

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITÓRIA, 11 de Março de 2015

Assinado por:
Cíntia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: SN

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br