

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**JÚLIA MARIÁ AZAMBUJA SANTOS**

**AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA DE PACIENTES COM CÂNCER EM  
QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL**

Porto Alegre

2018

**JÚLIA MARIÁ AZAMBUJA SANTOS**

**AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA DE PACIENTES COM CÂNCER EM  
QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

**Orientadora:** Profa Dra Elizeth Heldt

Porto Alegre

2018

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por guiar os meus passos e por me abençoar com mais esta conquista.

Sou imensamente grata aos meus pais, Leandro e Rejane, por me incentivarem a não desistir do sonho de ser enfermeira. A minha conquista eu dedico a vocês, pois sempre demonstraram apoio, compreensão, incentivo, carinho e amor por mim.

Ao meu irmão, Leonardo, obrigada por estar presente na minha realização, eu também dedico esta conquista a você.

Ao meu companheiro Júnior, obrigada por permanecer ao meu lado com paciência, amor e compreensão. Obrigada por sonhar o meu sonho.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sou grata aos profissionais que conheci, ao longo da graduação, e que puderam somar, de forma positiva, aos meus conhecimentos. Em especial, aos profissionais do ambulatório de quimioterapia, que abriram as portas para a realização da pesquisa e me incentivaram ao decorrer da mesma. Às enfermeiras Ana Lorenzoni e Aline Tigre, agradeço o apoio durante o desenvolvimento do trabalho.

Aos mestres da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sou grata por todo o conhecimento adquirido ao longo dos cinco anos da graduação.

Aos membros da banca avaliadora, agradeço por aceitarem o convite, desprender um tempo para leitura e avaliação do trabalho.

A minha orientadora, professora Dra. Elizeth Heldt, dedico grande admiração e agradeço pela disponibilidade durante o último ano. Sou grata por se fazer presente, compartilhando saberes e por incentivar meu crescimento profissional.

## RESUMO

O câncer é uma doença prevalente e o tratamento é composto, principalmente, por cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Em particular, a quimioterapia, ao mesmo tempo em que viabiliza a cura de alguns tumores, provoca efeitos colaterais que alteram a vida do paciente, gerando conflitos e incertezas. A capacidade de enfrentamento a situações adversas, que é definida como resiliência, auxilia o paciente na superação das dificuldades do tratamento. Entretanto, ainda são poucos os estudos que avaliam a resiliência em pacientes que realizam quimioterapia ambulatorial. O objetivo desta pesquisa foi o de avaliar a resiliência, os aspectos emocionais de depressão e ansiedade e os mecanismos de defesa de pacientes com câncer no enfrentamento do tratamento com quimioterapia ambulatorial. Trata-se de um estudo com delineamento observacional, de correlação, prospectivo e longitudinal. A amostra foi composta por pacientes com diagnóstico de câncer, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, alfabetizados e em início de tratamento com quimioterapia ambulatorial. Para identificar a presença de sintomas depressivos, de ansiedade, os mecanismos de defesa e de resiliência, foram aplicados os seguintes instrumentos, respectivamente: Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), *Defense Style Questionnaire* (DSQ 40) e Escala de Resiliência. Os instrumentos foram aplicados no primeiro dia de tratamento quimioterápico e após 30 a 45 dias. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram incluídos no estudo um total de 55 participantes, sendo 32(58%) do sexo feminino, com média (desvio padrão) de idade de 54,1(DP=12,2) anos. Os diagnósticos mais frequentes foram câncer colorretal 15(27%) e 12(22%) de mama e os efeitos colaterais presentes de forma significativa na segunda avaliação foram: náusea ( $p<0,001$ ), queda de cabelo ( $p=0,006$ ), dor nas articulações ( $p=0,004$ ) e vômito ( $p=0,002$ ). Em relação aos aspectos emocionais, pode-se observar correlação negativa moderada significativa entre a depressão e ansiedade com os níveis de resiliência tanto na primeira ( $p<0,001$ ) como na segunda avaliação ( $p<0,05$ ), ou seja, quanto maior são os sintomas depressivos e de ansiedade, menor é a resiliência dos pacientes. Os mecanismos de defesa maduros - humor, racionalização e supressão - apresentaram correlação moderada positiva significativa e os imaturos - fantasia autística e atuação - demonstraram correlação negativa. Os resultados confirmaram que, quanto maior os sintomas depressivos e de ansiedade, menor é a resiliência em pacientes que realizam quimioterapia ambulatorial, desde o início do tratamento. Outro aspecto que interfere na capacidade de resiliência são os mecanismos de defesa, sendo que, quanto mais adaptativos forem as defesas, maior é a resiliência. Portanto, considerando que a resiliência é uma capacidade que auxilia no enfrentamento das situações difíceis e é passível de modificação, é importante que a equipe de enfermagem fique atenta aos aspectos psicossociais do paciente ao longo das sessões de quimioterapia.

**Palavras chave:** Câncer. Quimioterapia. Resiliência. Mecanismos de Defesa.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 -</b>	Efeitos colaterais presentes em protocolo de quimioterapia	<b>17</b>
<b>Quadro 2 -</b>	Definições dos mecanismos de defesa, conforme a classificação do <i>Defense Style Questionnaire</i> (DSQ-40)	<b>22</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Características sociodemográficas da amostra (n=55)	<b>29</b>
<b>Tabela 2 -</b>	Tipos de câncer diagnosticado, comorbidades e protocolos de quimioterapia (n=55)	<b>30</b>
<b>Tabela 3 -</b>	Efeito colateral após a primeira e a segunda avaliação	<b>31</b>
<b>Tabela 4 -</b>	Comparação entre os sintomas depressivos e de ansiedade, a resiliência e os mecanismos de defesa da primeira e da segunda avaliação	<b>32</b>
<b>Tabela 5 -</b>	Correlação entre resiliência e os sintomas depressivos e de ansiedade e os mecanismos de defesa na primeira e na segunda avaliação	<b>34</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b>	<b>11</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Câncer e quimioterapia</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Câncer e protocolos de quimioterapia mais prevalentes administrados em ambulatório</b>	<b>13</b>
<b>3.3 Reações emocionais de pacientes com câncer</b>	<b>18</b>
<b>3.4 Capacidade de enfrentamento</b>	<b>20</b>
<b>4 MÉTODO</b>	<b>24</b>
<b>4.1 População e Amostra</b>	<b>24</b>
<b>4.2 Coleta dos Dados</b>	<b>25</b>
<b>4.3 Análise dos Dados</b>	<b>26</b>
<b>4.4 Aspectos Éticos</b>	<b>26</b>
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>35</b>
<b>7 CONCLUSÕES</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE A - Protocolo de coleta de dados</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO A - Inventário de depressão de Beck (BDI)</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO B - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO C - Escala de Resiliência</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO D - <i>Defense Style Questionnaire</i> (DSQ 40)</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO E – Carta de Aprovação CEP/HCPA</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, vem ocorrendo no Brasil, uma transição epidemiológica relacionada às causas de mortalidade e de morbidade. Esse processo engloba o aumento da morbimortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis e pelas causas externas. O câncer está entre as doenças não transmissíveis que impactam na mudança do perfil de adoecimento da população brasileira e a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o câncer é um problema de saúde pública (INCA, 2017a).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) aponta para a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer no Brasil, no biênio 2016-2017, sendo o câncer de pele, não melanoma, com, aproximadamente, 180 mil casos novos e os demais tipos de câncer com cerca de 420 mil casos novos (INCA, 2017a).

Câncer é a nomenclatura utilizada para um conjunto de mais de 100 doenças que, em comum, apresentam um crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos do corpo e que podem invadir outras regiões. As células caracterizam-se por serem agressivas e incontroláveis, devido a sua rápida divisão, determina a formação de tumores ou de neoplasias (INCA, 2017b). Em ordem decrescente, os três tipos de câncer mais incidentes (exceto pele, não melanoma) esperados por localização primária e gênero, para o biênio 2016/2017 são: em homens - próstata, traqueia, brônquio, pulmão e colorretal; em mulheres - mama, colorretal e de colo de útero (INCA 2017a).

A etiologia do câncer é considerada multifatorial, suas causas podem ser externas ou internas ao organismo e ter relação entre si. As causas internas, geralmente, estão relacionadas a fatores genéticos; já as causas externas são vinculadas ao meio ambiente e hábitos do indivíduo. No Brasil, o câncer desde 2003 é a segunda causa de morte na população e compreende 17% dos óbitos por causa conhecida (BORGES; PERES, 2013).

O tratamento do câncer é composto por: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Essas modalidades podem ser aplicadas em conjunto, mudando somente quanto à vulnerabilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas, o que define a sequência dos procedimentos terapêuticos (INCA, 2017b).

A radioterapia é a modalidade de tratamento que faz uso de radiações ionizantes com fim terapêutico, para atingir as células doentes, impedindo seu crescimento ou determinando a morte celular. Pode ser paliativa, aliviando os sintomas ou, curativa para tumores radiosensíveis (DIEGUES; PIRES, 2012; LAFAYETTE, 2013).

A cirurgia representou, por muito tempo, a única modalidade de tratamento do câncer, antes do surgimento da radioterapia e da quimioterapia. Com a evolução dos estudos e das pesquisas na área oncológica, houve um aprimoramento no tratamento, combinando a cirurgia com as demais modalidades terapêuticas. O resultado dos novos protocolos de tratamento foi um aumento das estatísticas de cura, sobrevida e redução de complicações neoplásicas. Assim, o tratamento cirúrgico pode ter finalidade diagnóstica, adjuvante ou paliativa (BLECHA, 2013).

A quimioterapia caracteriza-se por ser um tratamento sistêmico do câncer, composta por agentes químicos, isolados ou combinados, administrados em intervalos, que variam de acordo com os protocolos terapêuticos. A finalidade pode ser curativa (citorredutora), neoadjuvante, profilática (adjuvante) ou paliativa, dependendo do tipo de tumor, da extensão da doença e da condição física do paciente (BONASSA; GATO, 2012; INCA, 2017a).

Em particular, a quimioterapia, ao mesmo tempo em que viabiliza a cura de alguns tumores, provoca inúmeros efeitos colaterais. Entre os principais efeitos adversos estão: mielossupressão, náuseas, vômitos, diarreia e alopecia. Além desses efeitos, o tratamento acarreta em visitas frequentes ao hospital, levando o indivíduo a uma ruptura com o ambiente habitual, modificando costumes, capacidade de autorrealização, cuidado pessoal e, ainda, interrupções das atividades cotidianas desempenhadas pelos pacientes (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

Como consequência da condição do diagnóstico, da associação com a morte e os efeitos colaterais do tratamento, o paciente oncológico pode apresentar sintomas de ansiedade e depressão. Dessa forma, desafia os profissionais da enfermagem a compreenderem e a saberem lidar com os sentimentos do paciente frente ao complexo processo saúde-doença (SORATTO *et al.*, 2016).

De fato, a descoberta do diagnóstico do câncer, altera a vida do paciente, gerando conflitos e incertezas. Também, a condição de portador de câncer exige que se encontrem estratégias para enfrentar as adversidades físicas e psicossociais relacionadas à patologia e ao tratamento (CARDOSO *et al.*, 2012).

A capacidade de o paciente enfrentar situações adversas e problemas é definida como resiliência que promove uma adaptação e flexibilidade ao paciente em relação ao processo de adoecimento com melhor adesão ao tratamento (SORATTO *et al.*, 2016). A resiliência, originalmente, provém do latim *resilio* que tem como significado retornar ao estado normal. A física, por exemplo, usa o termo para exprimir a capacidade de um material voltar ao estado inicial, mesmo após ter sofrido uma pressão (ELMESCANY, 2010).

Uma revisão sistemática verificou a carência da utilização do conceito de resiliência na área da enfermagem em oncologia na América Latina e, também, a incipiência nas produções internacionais. O estudo evidenciou que a abordagem da resiliência na enfermagem em oncologia inicia-se a partir de 1998, com maior frequência em pesquisas norte-americana e europeia, com foco principal na área de pediatria oncológica (SÓRIA *et al.*, 2009).

A equipe de enfermagem presta cuidados ao paciente oncológico no decorrer do tratamento, incluindo, além da administração dos quimioterápicos e seus efeitos adversos, a reabilitação e o ajustamento psicossocial em conjunto com seus familiares. Um dos aspectos trata do auxílio para encontrarem alternativas para minimizar as limitações e maximizar as potencialidades preservadas (CARDOSO *et al.*, 2012; MOURA; TEIXEIRA, 2013).

Portanto, esse estudo justifica-se, sobretudo, devido à necessidade de aprimorar o conhecimento das reações emocionais e condições de enfrentamento de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, para qualificar o cuidado de enfermagem. Ou seja, diante das consequências acarretadas pelo câncer na vida do portador, a necessidade de adaptações às mudanças e ao enfrentamento das repercussões da doença, a presente pesquisa pretende avaliar a resiliência de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico ambulatorial.

A partir das vivências como estagiária de enfermagem do ambulatório de quimioterapia de um hospital universitário de Porto Alegre, surgiu a motivação de pesquisar sobre o processo de enfrentamento dos pacientes em tratamento quimioterápico para câncer. A hipótese do estudo é de que a resiliência influencia positivamente no enfrentamento dos efeitos adversos do tratamento do câncer com quimioterapia ambulatorial.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar a capacidade de resiliência de pacientes com câncer no enfrentamento do tratamento com quimioterapia ambulatorial.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Verificar os aspectos emocionais de depressão e ansiedade durante o tratamento quimioterápico dos pacientes;
- Identificar os mecanismos de defesa utilizados pelo paciente com câncer em tratamento quimioterápico;
- Descrever os efeitos colaterais apresentados durante o tratamento quimioterápico dos pacientes;
- Comparar os níveis de resiliência de pacientes com câncer antes e após o primeiro ciclo de tratamento quimioterápico.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura, visando conhecer melhor a temática proposta no projeto, serão abordados com base na literatura: câncer e quimioterapia, protocolos mais prevalentes em ambulatório, reações emocionais de pacientes com câncer e capacidade de enfrentamento.

#### 3.1 Câncer e quimioterapia

A origem da palavra câncer é grega, *karkíons*, que significa caranguejo. O termo é sinônimo de doença devastadora, ou causadora de enorme sofrimento, sendo, muitas vezes, substituída por “aquela doença” ou “doença ruim” (FERNANDES, 2010). Hipócrates foi o primeiro a usar o termo e observar os achados históricos. O câncer não é uma doença nova, pois ele foi detectado em múmias egípcias, comprovando que afeta o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo (INCA, 2017a).

Como já mencionado, o câncer é um nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que tem, em comum, o crescimento desordenado de células. A patologia está associada a condições sociais, ambientais, políticas e econômicas, assim como, características biológicas e individuais de cada indivíduo. As causas da patologia são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo e, estando relacionadas (INCA, 2017b).

Os fatores externos podem ser substâncias químicas, irradiação, vírus e fatores comportamentais. Estes estão relacionados ao meio ambiente, podendo ser chamados de fatores de risco ambientais. Cerca de 80% a 90% dos casos de câncer, relaciona-se aos fatores ambientais, exemplificando, o cigarro o qual pode causar câncer de pulmão, o uso de bebidas alcoólicas as quais podem causar câncer de boca, a exposição excessiva ao sol que levam ao câncer de pele. Alguns vírus também podem causar câncer como o de colo do útero (INCA, 2017a).

Compreendendo as causas internas, temos os hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas, em sua maioria, geneticamente pré-determinadas e ligadas à capacidade do organismo defender-se das agressões externas. As primeiras manifestações da doença podem surgir após muitos anos de uma única exposição ou exposições contínuas aos fatores de risco (INCA, 2017b).

Uma das linhas de tratamento do câncer é a quimioterapia antineoplásica, que faz uso de agentes químicos isolados ou combinados para tratar a doença. É um tratamento sistêmico,

empregado com objetivo curativo, paliativo, adjuvante ou neoadjuvante. A terapia curativa é um tratamento antineoplásico definitivo para a doença; já a terapia paliativa objetiva trata os sintomas, retardando o surgimento dos mesmos (BONASSA *et al.*, 2012; MOURA; TEIXEIRA, 2013; INCA, 2017b).

A quimioterapia pode ser adjuvante quando aplicada como tratamento sistêmico, visando aumentar a chance de cura após algum procedimento cirúrgico. A quimioterapia segue à cirurgia curativa, tendo o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, associado ou não à radioterapia. A terapia neoadjuvante é empregada antes do tratamento curativo. Em grandes massas tumorais é aplicada quimioterapia, antes da cirurgia, para redução tumoral, evitando a radicalidade da cirurgia (BONASSA *et al.*, 2012; MOURA; TEIXEIRA, 2013; INCA, 2017b).

Há uma modalidade de quimioterapia chamada de hormonioterapia que utiliza substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios para tratar os tumores que são dependes desses. É uma terapia paliativa que pode diminuir o crescimento do tumor, sem ocasionar citotoxicidade (MOURA; TEIXEIRA, 2013).

As vias de administração dos quimioterápicos podem ser: oral, intravenosa, subcutânea, intramuscular, intra-arterial, intratecal, intraperitoneal, intrapleural e intravesical (MOURA; TEIXEIRA, 2013).

### **3.2 Câncer e protocolos de quimioterapia mais prevalentes administrados em ambulatório**

De acordo com o Ministério da Saúde, o câncer de mama de baixo risco, compreende o tipo mais comum, correspondendo a 75% de todos os casos. A quimioterapia adjuvante é responsável, em parte, pela redução da mortalidade por câncer de mama. Estudos de metanálises mostram que os benefícios relacionados ao tratamento adjuvante são maiores para sobrevida livre de doença, em comparação aos dados de mortalidade. Para a escolha da quimioterapia adjuvante para o câncer de mama, de forma geral, devem ser consideradas as características clínicas do paciente e as características do tumor. O tratamento de primeira escolha para adjuvância no câncer de mama é o AC – Doxorrubicina e Ciclofosfamida (BRASIL, 2014).

O tipo histopatológico mais comum de câncer colorretal é o adenocarcinoma, os outros tipos são neoplasias malignas raras, compreendendo 2% a 5% dos tumores colorretais. O adenocarcinoma pode ser categorizado em três graus de diferenciação: bem diferenciado

(grau I), moderadamente diferenciado (grau II) e mal diferenciado (grau III). Para o câncer colorretal a quimioterapia adjuvante está indicada para doentes no estágio III e, excepcionalmente, no estágio II, a critério médico (COLODETE, 2011; BRASIL, 2014). Os esquemas terapêuticos empregados são baseados nos quimioterápicos Fluoropirimidina (Fluorouracil ou Capecitabina – para casos em estágio II), associada ou não à Oxaliplatina (para casos em estágio III). O protocolo XELOX (Oxaliplatina + Capecitabina) é realizado em estágio II, após ressecção cirúrgica oncológica. O estágio III recebe indicação de FOLFOX (Oxaliplatina + Folinato de Cálcio + Fluorouracil endovenoso + Fluorouracil infusão contínua) (BONASSA, 2012; BRASIL, 2014).

A conduta terapêutica geral para o câncer de pulmão é baseada na classificação: carcinoma de pequenas células e os carcinomas de células não pequenas. A quimioterapia aumenta a sobrevida de doentes com câncer de pulmão de pequenas células, sendo indicada em associação à radioterapia para doentes com doença localizada (quimioterapia prévia) e, isoladamente, para pacientes com doença avançada ou metastática (quimioterapia paliativa). O esquema terapêutico padrão para a quimioterapia prévia ou adjuvante do câncer de pulmão de pequenas células é a associação de derivado da Platina (Cisplatina ou Carboplatina) com o Etoposido. Segundo o Ministério da Saúde, outras associações produzem resultados similares e toxicidade variável, como: Ciclofosfamida, Doxorrubicina e Vincristina; Ciclofosfamida, Doxorrubicina e Etoposido; Ciclofosfamida, Etoposido e Vincristina; Cisplatina e Irinotecano; Ifosfamida, Cisplatina e Etoposido; Carboplatina e Paclitaxel; Carboplatina e Gecitabina (BRASIL, 2014).

Já o esquema terapêutico padrão para a quimioterapia prévia ou adjuvante do carcinoma pulmonar de células não pequenas, é associação de Cisplatina com Etoposido, sendo que a quimioterapia adjuvante confere maior sobrevida para doentes com doença localizada, operados (BRASIL, 2014).

O tumor de bexiga é o câncer mais comum do trato urinário. O tratamento baseia-se na cirurgia (ressecção endoscópica). Para os tumores avançados é indicado protocolos de quimioterapia usados como neoadjuvância, para posterior cirurgia (cistectomia radical). Os dois protocolos mais usuais são: Cisplatina e Gecitabina; M-VAC (Metotrexato, Doxorrubicina, Vimblastina e Cisplatina) (CRESPO; CASTILHO, 2011; BONASSA, 2012).

O câncer de esôfago pode ser tratado com quimioterapia, mas se sabe que a quimioterapia isolada não cura, a não ser que seja combinada com radioterapia e cirurgia. A quimioterapia pode ser usada como neoadjuvância, assim, reduz o tumor e permite ressecção cirúrgica, podendo ser empregada com radioterapia (COLODETE, 2011; BRASIL, 2014). O

protocolo adequado será escolhido de acordo com a localização do tumor no esôfago: superior, médio ou distal. Tumores superiores são tratados com Cisplatina e Fluorouracil; Cisplatina, Fluorouracil e Irinotecano; Paclitaxel e Carboplatina. Em tumores médios são empregados Cisplatina, Fluorouracil; Irinotecano e Cisplatina; Paclitaxel e Carboplatina. Tumores distais tratam-se com Epirrubicina, Cisplatina e Fluorouracil (COLODETE, 2011; BONASSA, 2012).

A cirurgia é o principal tratamento do câncer de estômago, porém, a radioterapia e a quimioterapia são tratamentos secundários que, associados à cirurgia, podem melhorar a resposta terapêutica. A quimioterapia pode ser a principal forma de tratamento para o câncer de estômago, se ele atingiu órgãos distantes. Combinada com radioterapia pode retardar a recidiva do câncer (COLODETE, 2011; BRASIL, 2014).

O tratamento clássico adjuvante é Folinato de Cálcio e Fluorouracil, mas podem ser usados ACF (Doxorrubicina, Cisplatina e Fluorouracil), FLP (Folinato de Cálcio, Fluorouracil e Cisplatina) e FOLFOX (Oxaliplatina + Folinato de Cálcio + Fluorouracil endovenoso + Fluorouracil infusão contínua) (COLODETE, 2011; BRASIL, 2014).

O carcinoma hepatocelular pode ser tratado com cirurgia, transplante hepático e quimioterapia. Quando aplicado protocolos quimioterápicos, pode-se usar Doxorrubicina, Folinato de Cálcio e Fluorouracil. Já os tumores de pâncreas podem ser tratados com quimioterapia, desde que o paciente seja submetido a ressecção completa. O protocolo adjuvante recomendado é a Gencitabina (REIS, 2011; BRASIL, 2014).

Os tumores ginecológicos compreendem o câncer de colo de útero, endométrio, ovário e vulva. O tratamento para o câncer de colo de útero pode ser conservador, com cauterização por exemplo, ou, se doença avançada é indicado cirurgia (histerectomia) e adjuvância com radioterapia, quimioterapia e/ou braquiterapia. Os protocolos para câncer de colo de útero mais usuais compreendem: Cisplatina, Paclitaxel e Carboplatina (VASQUEZ; CONCEIÇÃO, 2011; BONASSA, 2012).

Em caso de câncer de ovário, a indicação é cirurgia seguida de radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e/ou quimioterapia. Os protocolos usados são Paclitaxel e Carboplatina; BEP (Bleomicina, Etoposido e Cisplatina); EP (Etoposido e Cisplatina) e Carboplatina (VASQUEZ; CONCEIÇÃO, 2011; BONASSA, 2012).

Em homens são comuns tumores urológicos de testículo e de próstata. Os tumores de testículos podem ser tratados com cirurgia (linfadenectomia) e quimioterapia adjuvante. O protocolo mais usual é o BEP (Bleomicina, Etoposido e Cisplatina). Já os tumores de próstata

são tratados, geralmente, com cirurgia, radioterapia e/ou hormonioterapia (CRESPO; CASTILHO, 2011; BONASSA, 2012).

Os linfomas são neoplasias onco-hematológicas, podendo compreender, principalmente, Linfomas de Hodgkin e não Hodgkin. Diferente das outras neoplasias hematológicas, os linfomas podem ser tratados com poliquimioterapia. Os protocolos mais usuais são: ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina); ICE (Etoposido, Ifosfamida e Carboplatina); R-CHOP (Rituximab, Doxorrubicina, Vincristina, Ciclofosfamida e Prednisona) (SBANO; ALCÂNTARA, 2011; BONASSA, 2012; BRASIL, 2014).

Dos tumores cutâneos, destacam-se: câncer de pele melanoma e não melanoma. Em ambos a cirurgia é o tratamento indicado. O melanoma, dependendo do estágio de câncer, pode ser tratado com quimioterapia, visto que as mais usuais são: Interferon e Dacarbazina (CRESPO; VILELA, 2011; BONASSA, 2012; BRASIL, 2014).

Os tumores de cabeça e pescoço são aqueles que afetam vias aéreas superiores, digestivas superiores, laringe, faringe, tireoide, cavidade nasal, seios paranasais, glândulas salivares, cavidade oral e pele da região da cabeça e pescoço. O tratamento para estados precoces mais eficaz é a cirurgia e a radioterapia (DINIZ, 2011). Em estados avançados, a quimioterapia é uma alternativa de cura, principalmente, se combinada com radioterapia e/ou cirurgia. Os protocolos mais utilizados para tumores de cabeça e pescoço são: Metotrexato; Cisplatina; Cisplatina e Fluorouracil infusão contínua; Paclitaxel e Docetaxel (DINIZ, 2011; BONASSA, 2012).

Portanto, a quimioterapia é constituída por fármacos que atuam em nível celular, interferindo no processo de crescimento e divisão. Em sua maioria, não possuem especificidade, então não destroem, exclusivamente, as células tumorais. Logo, os fármacos são tóxicos aos tecidos de rápida proliferação, por esses terem alta atividade mitótica e ciclos celulares curtos (BONASSA *et al.*, 2012).

As células do trato gastrointestinal, sistema hematopoiético, folículos capilares e pele são as que chegam à taxa de divisão superior às células tumorais, assim, os fármacos que atuam destruindo as células de rápida proliferação, conseqüentemente, destroem as dos tecidos normais, acarretando efeitos colaterais do tratamento (BONASSA *et al.*, 2012).

A toxicidade da quimioterapia atinge a medula óssea, podendo ocasionar anemia, neutropenia e trombocitopenia. Complicações gastrointestinais podem ocorrer, como: mucosite, náusea e vômito, diarreia e constipação. As alterações cutâneo mucosas, comumente, são: alopecia e alteração das unhas que podem ficar escuras, amareladas ou quebradiças (LUCCHESI, 2013).

Os principais efeitos colaterais relacionado ao quimioterápico administrado estão apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1- Efeitos colaterais presentes em protocolo de quimioterapia.**

Quimioterápico	Náusea / Vômitos	Alopécia	Dor articulações	Constipação	Diarreia
Bleomicina	Incomum	Sim	Não	Não	Não
Carboplatina	Moderados a severos	Leve	Não	Sim	Sim
Ciclofosfamida	Moderados a severos	Sim	Não	Não	Sim
Cisplatina	Severos	Sim	Não	Não	Sim
Citarabina	Moderados a severos	Sim	Não	Não	Sim
Dacarbazina	Severos	Sim	Não	Não	Sim
Docetaxel	Leves a moderados	Sim	Não	Não	Sim
Doxorrubicina	Moderados a severos	Sim	Não	Não	Sim
Etoposido	Moderadas	Sim	Não	Sim	Sim
Fluorouracil	Moderadas	Rara	Não	Não	Sim
Gencitabina	Leves a moderados	Mínima	Não	Sim	Sim
Irinotecano	Moderados	Parcial	Não	Não	Sim
Metotrexate	Moderados	Não	Não	Rara	Sim
Paclitaxel	Moderados	Sim	Sim	Sim	Sim
Oxaliplatina	Moderados	Não	Não	Não	Sim
Vimblastina	Moderados	Sim	Não	Íleo paralítico	Não
Vincristina	Incomuns a leves	Sim	Não	Íleo paralítico	Não
Vinorelbina	Leves a moderados	Leve	Não	Não	Sim

**Fonte:** Bonassa; Gatto, 2012.

Os quimioterápicos podem causar alterações endócrinas, menopausa precoce, efeitos teratogênicos e alterações reprodutivas. Os efeitos das drogas podem ser temporários ou irreversíveis. Observa-se, atualmente, um aumento da infertilidade, devido à implantação de protocolos mais agressivos em paciente jovens (LUCCHESI, 2013).

A fadiga é uma queixa frequente entre os pacientes, porém, a origem não está clara, podendo ser de ordem física ou psíquica. De fato, tem etiologia multifatorial, variando de acordo com o estado psicológico, as comorbidades e ao tratamento utilizado (LUCCHESI, 2013).

### **3.3 Reações emocionais de pacientes com câncer**

O diagnóstico de câncer pode ser acompanhado de problemas emocionais como a ansiedade e a depressão que se manifestam por sintomas psicológicos, físicos e comportamentais. Essas reações emocionais podem se tornar recorrentes ou crônicas, resultando em prejuízos ao indivíduo quanto ao autocuidado e realização de tarefas diárias, impactando, de forma geral, em sua qualidade de vida (SIMÃO *et al.*, 2017).

Define-se ansiedade como sendo uma resposta emocional a um estressor, cuja fonte não é conhecida. É uma pressão externa colocada sobre o indivíduo, podendo ser patológica, quando interferir na eficácia da vida ou no conforto emocional razoável do indivíduo. De modo geral, o indivíduo apresenta tensão, preocupação, angústia, irritabilidade e dificuldade para se concentrar (TOWNSEND, 2014; FERREIRA *et al.*, 2016).

A depressão é considerada uma condição crônica, recorrente e com alta prevalência mundial. Está associada à incapacidade funcional e comprometimento da saúde física das pessoas afetadas. Limitação de atividade e bem-estar e, utilização dos serviços de saúde são características observadas em pacientes deprimidos. A OMS declarou que a depressão será a segunda maior causa de incapacitação global no ano de 2030 (MENEZES; JURUENA, 2017).

O paciente em quadro depressivo apresenta humor deprimido e/ou perda de prazer e interesse, associados com alteração do sono, do peso e do comportamento alimentar, fadiga, prejuízo cognitivo, sentimento de desvalia, de culpa e ideação suicida (MENEZES; JURUENA, 2017).

Estudos evidenciam que a depressão e ansiedade são mais prevalentes em pessoas com câncer comparado a outras doenças crônicas. Um estudo transversal com 55 pacientes avaliou a associação entre os sintomas de ansiedade e depressão com a qualidade de vida em pacientes com câncer que realizaram quimioterapia ambulatorial. Os achados evidenciaram que foi significativa a presença de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes, sendo que 21,8% da amostra foi identificada com ansiedade ‘provável’ e 23,6% com depressão ‘provável’. Segundo os autores, os dados estavam de acordo com a literatura, que traz índices

de ansiedade e de depressão em pessoas com câncer, variando entre 20 a 48% (SIMÃO *et al.*, 2017).

O estudo identificou piora significativa na percepção da qualidade de vida dos pacientes com depressão e/ou ansiedade, quando comparados com pacientes sem alteração emocional. Os autores concluíram que sintomas ansiosos podem influenciar negativamente na percepção de sintomas físicos, da funcionalidade e do apoio social e/ou familiar recebido pelos participantes do estudo (SIMÃO *et al.*, 2017).

Em outro estudo foi avaliado a ocorrência de depressão e ansiedade em pacientes oncológicos em tratamento adjuvante ou neoadjuvante. Os resultados apontaram que dos 233 pacientes foram encontrados 31,3% com ansiedade provável ou possível, e 26,9% com depressão provável ou possível. Logo, os autores concluíram que a ansiedade e a depressão são prevalentes em pacientes oncológicos (FERRERIA *et al.*, 2016).

Um estudo transversal realizado com 76 mulheres com câncer cervical e câncer de mama (38 com câncer de mama e 38 com câncer cervical), objetivou comparar as percepções da doença e os indicadores de ansiedade e depressão. De acordo com os autores, todas as pacientes da pesquisa apresentaram níveis de ansiedade moderada ou grave, sendo que 36,5% delas expressaram ansiedade moderada e 63,5% ansiedade grave. Com relação à depressão, 73% das mulheres manifestaram níveis mínimos e 19% níveis leves de depressão. O estudo concluiu que o elevado nível de ansiedade das participantes evidencia que a experiência do câncer merece intervenções interdisciplinares (CASTRO *et al.*, 2015).

Em um outro estudo transversal, realizado com 102 pacientes diagnosticados com câncer, e que frequentavam a Farmácia Central de Quimioterapia de um hospital, revelou que 10,8% e 1,9% dos participantes apresentaram depressão moderada e grave, respectivamente. Os autores reforçam a importância do rastreamento de sintomas depressivos em pacientes com diagnóstico de câncer por meio da utilização de instrumentos simples e perguntas específicas durante a avaliação rotineira dessa clientela. Assim, é possível intervir de forma educativa, desenvolvendo motivação para darem seguimento com o tratamento terapêutico (SOUZA *et al.*, 2013).

Portanto, as pesquisas mostram que o câncer e seu tratamento afetam de algum modo os pacientes em estudo, causando déficits nas funções desempenhadas e prejudicando a qualidade de vida. Esta pode ser melhorada, a medida que os efeitos colaterais do tratamento sejam evitados e controlados (NICOLUSSI *et al.*, 2014). Assim, o paciente terá uma melhor forma de adesão e enfrentamento, o que proporcionará o seguimento da terapêutica.

### 3.4 Capacidade de enfrentamento

A resiliência tem se revelado como uma capacidade que promove a superação das adversidades do processo de viver. É um tema recente no âmbito das ciências da saúde e novo na ciência Enfermagem. A discussão do assunto envolve históricos de adaptações de sucesso no processo de viver humano, sendo definida como a capacidade de a pessoa sair vencedora e com força renovada, de uma situação que poderia ter sido traumática (SILVA *et al.*, 2015).

A discussão acerca do conceito é extensa e apresentada por vários autores, sendo sintetizado como uma capacidade do indivíduo, um processo pelo qual ele passa e o resultado desse processo. Como capacidade, compreende-se a adaptação a mudanças e a eventos estressantes, de maneira saudável; como processo, diz respeito à reintegração e retorno ao funcionamento normal, após um evento estressor, contando com o suporte de fatores protetores; e, como resultado, significa encontrar desfechos positivos e benéficos ao ‘navegar’ com sucesso por eventos estressantes (SILVA *et al.*, 2015).

Uma tese com o objetivo de avaliar a correlação entre qualidade de vida, depressão e resiliência em uma população ambulatorial de pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico, concluiu que os pacientes com altos escores de resiliência, apresentaram melhor qualidade de vida e baixos escores de depressão. O autor afirmou que as estratégias que visam melhorar a resiliência nesses pacientes podem ter um papel potencial na melhoria da qualidade de vida e depressão (ARMANDO, 2010).

Um estudo realizado na Macêdonia, com 218 pacientes diagnosticados com câncer de mama, examinou a relação entre resiliência e qualidade de vida. Os resultados mostraram que as pacientes com maior resiliência apresentaram qualidade de vida significativamente melhor. Os autores enfatizam que, os achados podem ser usados como base para o desenvolvimento de intervenções psicossociais que fortaleçam a resiliência em pacientes com câncer (RISTEVSKA-DIMITROVSKA *et al.*, 2015a).

Outro estudo com o objetivo de compreender o processo de enfrentamento da doença e a resiliência dos pacientes com câncer submetidos à quimioterapia, concluiu que o tratamento quimioterápico interfere no enfrentamento da doença e no processo de resiliência dos pacientes. Os autores constataram que o tratamento contribui para o desenvolvimento da resiliência, promovendo maior utilização dos fatores protetores dos indivíduos (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

Uma pesquisa qualitativa foi realizada com mulheres com câncer de mama para investigar os fatores que promoviam a resiliência, de acordo com a vivência de cada portadora. Os autores observaram que as pacientes ao realizarem valores vivenciais (fé em Deus e apoio familiar) e valores atitudinais (modo de enfrentar o sofrimento inevitável durante o processo do tratamento), conseguiram dar um sentido no seu adoecimento e na vida. Conseqüentemente, os valores vivenciais e atitudinais favoreceram o comportamento resiliente. Foi ressaltada a importância da descoberta dos fatores que possibilitam a resiliência neste contexto, pois permite uma atuação psicológica mais focada, preservando os mecanismos de proteção (AMARO, 2013).

Neste sentido, os mecanismos de defesa que são processos mentais também podem ser usados no processo de enfrentamento. Os mecanismos de defesa são empregados pelo ego perante ameaça à integridade biológica ou psicológica, contribuindo para o ajustamento, a adaptação e o equilíbrio da personalidade (FEIST; FEIST; ROBERTS, 2015). Ou seja, todo indivíduo seleciona inconscientemente um número restrito de comportamentos defensivos, que utiliza para lidar com os conflitos do mundo interno ou externo. Assim, os mecanismos de defesa desempenham uma função protetora e adaptativa (BLAYA, 2005).

Os mecanismos de defesa maduros são considerados adaptativos, uma vez que conseguem maximizar a gratificação e possibilitam o reconhecimento consciente dos sentimentos, das ideias e suas conseqüências. O uso destes mecanismos indica uma adaptação mais favorável no manejo de eventos estressores. Nos mecanismos neuróticos ocorre a manutenção de ideias, sentimentos, desejos, lembranças que são consideradas ameaçadoras e fora da consciência. Assim, o uso de mecanismos de defesa neuróticos pode alterar os afetos, parecendo que o indivíduo permaneça sempre às voltas com seus problemas. As defesas imaturas são consideradas narcisistas e envolvem distorções da autoimagem e da imagem dos outros, mantendo os estressores, impulsos, ideias e afetos fora da consciência (EIZIRIK *et al.*, 2013).

Os mecanismos de defesa podem ser avaliados por meio de instrumentos como o *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40) que avalia 20 defesas, divididas em três fatores: maduro, neurótico e imaturo. De acordo com o estudo de validação do instrumento para o Brasil, os mecanismos de defesas que correspondem para cada fator são: maduro - sublimação, humor, antecipação, racionalização e supressão; neurótico - anulação, altruísmo, idealização e formação reativa; e imaturo - projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autística, negação, deslocamento, dissociação, cisão e somatização (BLAYA, 2005). A definição de cada defesa está apresentada no Quadro 2.

**Quadro 2 - Definições dos mecanismos de defesa conforme a classificação do *Defense Style Questionnaire (DSQ-40)*.**

<b>Mecanismos de defesas Maduros</b>	
<b>Sublimação</b>	Canalizar os instintos, ao invés de bloquear ou de reprimir. Os sentimentos são reconhecidos, modificados e voltados em direção a um objeto ou uma meta significativos.
<b>Humor</b>	Usar humor para expressar abertamente sentimentos e pensamentos sem desconforto.
<b>Antecipação</b>	Antecipar realisticamente algum desconforto interno futuro. O mecanismo é voltado a uma meta e implica em planejamento cuidadoso e antecipação afetiva prematura, porém, realista de resultados calamitosos e potencialmente assustadores.
<b>Racionalização</b>	Oferecer explicações racionais como uma tentativa de justificar atitudes, crenças ou comportamentos, que, de outro modo, podem ser inaceitáveis.
<b>Supressão</b>	Adiar consciente ou semi-conscientemente a atenção a um impulso ou conflito consciente. O desconforto é reconhecido, porém minimizado.
<b>Mecanismos de defesas Neuróticos</b>	
<b>Anulação</b>	Invalizar uma ação ou um desejo anteriormente válido. O pensamento geralmente é onipotente e não está relacionado com a realidade.
<b>Altruísmo</b>	Agir de forma construtiva e instintivamente gratificante em relação aos outros.
<b>Idealização</b>	Perceber os objetos externos como “completamente bons” ou “completamente maus”. O indivíduo exagera os aspectos positivos do objeto, visando proteger-se de uma angústia.
<b>Formação Reativa</b>	Transformar um impulso inaceitável em seu oposto.
<b>Mecanismos de defesas Imaturos</b>	
<b>Projeção</b>	Atribuir sentimentos e desejos próprios à outra pessoa, devido a sentimentos internos intoleráveis.
<b>Isolamento</b>	Separar a ideia de um impulso inconsciente do afeto que a acompanha. A ideia pode passar para a percepção consciente, mas o afeto (o sentimento) se mantém inconsciente, diminuindo a ansiedade.
<b>Agressão passiva</b>	Expressar indireta e inefetivamente a agressão em relação a um objeto através da passividade, masoquismo. Assim, a agressividade volta-se contra o <i>self</i> .
<b>Atuação</b>	Expressar um desejo ou impulso inconsciente através da ação para evitar tomar consciência de um afeto concomitante.
<b>Cisão</b>	Dividir os objetos entre bons e maus, podendo ocorrer mudança abrupta de um para outro.
<b>Fantasia Autística</b>	Modificar grosseiramente a realidade para se adequar às necessidades internas e o uso de sentimentos persistente de superioridade ou autoridade delirante.
<b>Desvalorização</b>	Reduzir ou menosprezar o valor daquilo que os outros têm ou daquilo que não conseguiram ter ou conquistar.
<b>Negação</b>	Evitar a percepção de algum aspecto doloroso da realidade. Pode ser usada tanto em estados de saúde normais como em patológicos.
<b>Dissociação</b>	Modificar temporariamente o caráter ou do senso de identidade individual, a fim de evitar a angústia.
<b>Deslocamento</b>	Mudar uma emoção, impulso ou objeto para outro que se assemelha ao original em algum aspecto ou qualidade.
<b>Somatização</b>	Converter derivados psíquicos em sintomas corporais e tender a reagir com manifestações somáticas, ao invés de manifestações psíquicas.

Fonte: Blaya, 2005.

Um estudo qualitativo objetivou investigar os mecanismos de defesa empregados por pacientes oncológicos adultos. Como resultado, a racionalização, a regressão, a projeção e a negação foram os mecanismos de defesa identificados com maior frequência. Os autores concluíram que compreender o funcionamento defensivo dos pacientes oncológicos pode auxiliar no aprimoramento da assistência multidisciplinar oferecida aos mesmos (BORGES; PERES, 2013). Não foi encontrado estudos com uso de instrumentos para avaliação de mecanismos de defesas em pacientes oncológicos.

## 4 MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento observacional, de correlação, prospectivo e longitudinal. Os estudos observacionais (ou não experimentais) tratam das variáveis independentes as quais o pesquisador não interfere, porém, nos modelos correlacionais é possível examinar as relações entre as variáveis por meio de análises estatísticas (POLIT; BECK, 2011). Os estudos observacionais de correlação prospectivos iniciam por uma causa prevista e seguem na direção de um efeito presumido, com base em teorias prévias. Na proposta desta pesquisa, a variável independente é a resiliência dos pacientes com câncer em quimioterapia ambulatorial. A correlação que foi investigada refere-se ao impacto dos níveis de resiliência ao longo do tratamento, considerando o estado emocional, os mecanismos de defesa e os efeitos colaterais da quimioterapia.

A pesquisa foi realizada em um ambulatório de quimioterapia de um hospital universitário de Porto Alegre. O ambulatório faz parte do Serviço de Enfermagem Onco-hematológica e está localizado no segundo andar do hospital. Atende em média 60 a 110 pacientes por dia, entre às 7 horas e 30 minutos até às 23 horas, de segunda à sexta-feira (HCPA, 2017; TIGRE, 2017).

O ambulatório de quimioterapia tem por finalidade atender pacientes portadores de doenças onco-hematológicas, sem indicação de internação hospitalar para realização do tratamento. A área física conta com duas alas: ala adulto e ala pediátrica. A ala adulto conta com acomodações para onze pacientes e ala pediátrica dispõe de oito acomodações. A equipe é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, farmacêutico, médicos, nutricionistas e psicólogos (HCPA, 2017; TIGRE, 2017).

### 4.1 População e Amostra

A população do estudo foi constituída de pacientes com diagnóstico de câncer, encaminhados para a unidade de quimioterapia ambulatorial. Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, alfabetizados e em início de tratamento com quimioterapia. Como critérios de exclusão foram considerados os pacientes com diagnóstico de transtorno mental ou com déficit cognitivo.

O tamanho amostral de 55 sujeitos foi calculado, considerando um nível de significância de 5%, com um poder de 90%, um desvio padrão (DP) antes e depois de 2,8, e

com uma correlação de 0,7, esperando uma diferença de 6 pontos na Escala de Resiliência, baseado em estudo prévio (WESNER *et al.*, 2014). O cálculo foi realizado no *WinPepi* v.11.44.

## 4.2 Coleta dos Dados

Para identificar a presença de sintomas depressivos, de ansiedade, os mecanismos de defesa e de resiliência, foram aplicados os seguintes instrumentos:

**Inventário de Depressão de Beck (BDI):** é um instrumento validado para o português, com o objetivo de identificar e quantificar quadros de depressão leve, moderada e severa tanto em pacientes internados quanto em pacientes ambulatoriais (GORESTEIN; ANDRADE, 1996). Consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes que ocorreram na última semana, cujas intensidades variam de 0 a 3. Escores de 0 a 11 representam ausência de depressão; de 12 a 19, depressão leve; de 20 a 35, depressão moderada e de 36 a 63, depressão grave (CUNHA, 2011). O escore do BDI será utilizado como variável contínua (ANEXO A).

**Inventário de Ansiedade de Beck (BAI):** é um instrumento validado para o português, com o objetivo de identificar o grau de ansiedade (GORESTEIN; ANDRADE, 1996). Consiste em 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (como: sudorese, taquicardia e sentimentos de angústia), cujas intensidades variam de 0 a 3. Escores de 0 a 10 representam mínima ansiedade; de 11 a 19, ansiedade leve; de 20 a 30, ansiedade moderada e acima de 31, ansiedade grave (CUNHA, 2011). No presente estudo, o escore do BAI será utilizado como variável contínua (ANEXO B).

**Escala de Resiliência:** é um instrumento usado para medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes (PESCE *et al.*, 2005). Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *Likert*, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos, indicando elevada resiliência (ANEXO C).

**Defense Style Questionnaire (DSQ 40):** avalia 20 mecanismos de defesa divididos em 3 grupos de fatores: maduros, neuróticos e imaturos. Está traduzido e validado para o português (BLAYA *et al.*, 2004). Esta escala é capaz de gerar escores para os 20 mecanismos e para os 3 fatores. Os escores para os mecanismos defensivos individuais são calculados pela média dos 2 itens disponíveis para cada defesa e os escores dos fatores são calculados pela

média dos escores das defesas que pertencem a cada fator. Cada item é avaliado por uma escala *Likert* que varia de 1 a 9, onde o 1 indica que discorda completamente e o 9 indica que concorda completamente (ANEXO D).

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo que foram aplicados todos os instrumentos citados no primeiro dia de tratamento quimioterápico e após 30 a 45 dias. Para uniformizar a coleta, foi elaborado um protocolo que contém dados sociodemográficos: nome, sexo, data de nascimento, idade, nível educacional, anos de estudo, procedência, situação conjugal atual, com quem vive atualmente e ocupação; dados clínicos: diagnóstico, comorbidades e tratamento. As reações adversas à quimioterapia: náusea, vômito, queda de cabelo, dor nas articulações, cansaço, diarreia, constipação e outros, foram avaliados em cada sessão de quimioterapia até 45 dias do seguimento (APÊNDICE A).

### **4.3 Análise dos Dados**

Os dados estão apresentados como média e desvio padrão para variáveis contínuas com distribuição normal e mediana (intervalo interquartil) para variáveis assimétricas. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequência absoluta e percentual.

As mudanças na intensidade dos sintomas, ao longo da quimioterapia, foram avaliadas através do ‘teste t’ ou *Wilcoxon* e o teste do Qui quadrado (*Continuity correction* ou *Fisher’s exact test* – 2-tailed). As correlações entre a resiliência e as demais variáveis foram verificadas com o teste de *Spearman*.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18. O nível de significância adotado foi o de 0,05 e o intervalo de confiança (IC) considerado será de 95%.

### **4.4 Aspectos Éticos**

No presente estudo, as exigências éticas que regem a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, presentes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), foram respeitadas. O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA (CAAE nº

84903718.8.0000.5327), via Plataforma Brasil (ANEXO E). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

## 5 RESULTADOS

Formam incluídos no presente estudo um total de 55 participantes. A caracterização sociodemográfica dos participantes está apresentada na Tabela 1. Nota-se um predomínio do sexo feminino, correspondente a 32(58%) participantes; com média (desvio padrão) de idade de 54,1(12,2) anos, sendo a idade mínima de 27 e máxima de 73 anos.

Referente ao nível educacional, 31(56%) pacientes informaram terem cursado até o nível fundamental e, no geral, encontrou-se pacientes com um mínimo de 2 e máximo de 17 anos de estudo. Pode-se observar que os 24(44%) dos participantes são casados e 47(85%) não residem sozinhos, mas com cônjuges ou familiares. Nota-se que somente 11(20%) estão empregados e, mais da metade, reside em Porto Alegre.

Na Tabela 2, constam as informações sobre os dados clínicos da amostra, sendo que os diagnósticos predominantes foram: 15(27%) de câncer colorretal e 12(22%) de câncer de mama, seguidos por câncer de pulmão e de esôfago, com 4(7%) casos para cada um.

Entre as comorbidades, observa-se que 15(27%) pacientes apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 6(11%) eram diabéticos e 3(6%) tabagistas. Em relação ao diagnóstico de transtorno mental, 2(4%) apresentam depressão.

Os protocolos de quimioterapia mais frequentes foram: Doxorrubicina e Ciclofosfamida (AC); e FOLFOX (Oxaliplatina + Folinato de Cálcio + Fluorouracil endovenoso + Fluorouracil infusão contínua) em 19(35%) pacientes.

**Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (n=55).**

Características	Frequência*
<b>Demográficas</b>	
Sexo*	
Feminino	32 (58)
Idade (em anos)**	54,1(12,2)
<b>Escolaridade*</b>	
Anos de estudo**	8,5(3,8)
Fundamental incompleto	23(42)
Fundamental completo	8(15)
Médio incompleto	4(7)
Médio completo	10(18)
Superior incompleto	5(9)
Superior Completo	4(7)
Pós-graduação	1(2)
<b>Estado Civil*</b>	
Casado	24(44)
Divorciado	15(27)
Solteiro	12(22)
Viúvo	4(7)
<b>Reside com*</b>	
Família	33(60)
Sozinho	8(15)
Cônjuges	7(13)
Filhos	4(7)
Pais	3(5)
<b>Ocupação</b>	
Aposentado por invalidez	16(29)
Empregado	11(20)
Desempregado	8(15)
Aposentado por tempo	8(15)
Auxílio-doença	8(15)
Do lar	3(6)
Outro	1(2)
<b>Procedência*</b>	
Porto Alegre	28(51)
Interior	15(27)
Grande Porto Alegre	11(20)
Outros estados	1(2)

**Fonte:** Dados da pesquisa.

\*Variáveis categóricas em frequência absoluta e percentual (%).

\*\*Variáveis contínuas apresentadas em média e desvio padrão (DP).

**Tabela 2 – Tipos de câncer diagnosticado, comorbidades e protocolos de quimioterapia (n=55).**

Características	Frequência*
<b>Diagnóstico**</b>	
Câncer colorretal	15(27)
Câncer de mama	12(22)
Câncer de pulmão	4(7)
Câncer de esôfago	4(7)
Câncer de útero	3(6)
Câncer de pâncreas	3(6)
Câncer gástrico	2(4)
Câncer urogenital	2(4)
Linfoma não Hodgkin	2(4)
<b>Comorbidades mais frequentes</b>	
Hipertensão Arterial Sistêmica	15(27)
Diabetes Mellitus	6(11)
Tabagismo	3(6)
Depressão	2(4)
Hipotireoidismo	2(4)
<b>Protocolos de Quimioterapia***</b>	
AC - Doxorrubicina e Ciclofosfamida	10(18)
Folfox	9(16)
Paclitaxel e Carboplatina	7(13)
Xelox	5(9)
Cisplatina	4(7)
Cisplatina e Gencitabina	3(6)
Etoposido e Cisplatina	3(6)
Folfirinox	2(4)
Cisplatina e Fluorouracil	2(4)

Fonte: Dados da pesquisa.

\*Variáveis categóricas apresentadas em frequência absoluta e percentual (%).

\*\*Frequência de 1(2%) caso de: câncer de próstata, hepático, neuroendócrino, testículo, ovário, melanoma, linfoma Hodgkin e linfoma difuso.

\*\*\* Frequência de 1(2%) dos protocolos de: Doxorrubicina, ABVD, Paclitaxel, Docetaxel, Etoposido e Carboplatina, Cisplatina e Vinorelbina, Docetaxel e Ciclofosfamida, Capox, R-CHOP, Docetaxel e Trastuzumab.

A Tabela 3 apresenta os efeitos colaterais relatados pela amostra, após a quimioterapia, de acordo com a avaliação 1 e 2. Foi encontrado valor significativo quanto à náusea ( $p < 0,001$ ), onde 27 pacientes relataram ter apresentado o efeito. Sete deles referiram na avaliação 1 e vinte referem na avaliação 2.

Quanto à queda do cabelo, 15 participantes referem ter apresentado efeito, sendo que na avaliação 1, o total foi de 6 e na avaliação 2, totalizou 9, observando aumento de 3 participantes entre as avaliações, sendo relevante ( $p=0,006$ ). Outro efeito colateral significativo ( $p=0,004$ ) foi a dor nas articulações, que esteve presente em 2 participantes na avaliação 1 e manteve-se na avaliação 2. O efeito colateral vômito foi identificado em 2 participantes na segunda avaliação, sendo significativo ( $p=0,002$ ).

**Tabela 3 – Efeito colateral após a primeira e a segunda avaliação.**

Efeitos colaterais	Total	Avaliação 1 (n=55)	Avaliação 2 (n=54)	P*
Náusea				
Sim	27(50)	7(26)	20(74)	<b>&lt;0,001</b>
Não	27(50)	23(85)	4(15)	
Queda de cabelo				
Sim	15(28)	6(40)	9(60)	<b>0,006</b>
Não	39(72)	32(82)	7(18)	
Dor nas articulações				
Sim	4(7)	2(50)	2(50)	<b>0,004</b>
Não	50(93)	50(100)	0(0)	
Cansaço				
Sim	3(6)	2(67)	1(33)	0,210
Não	51(94)	48(94)	3(6)	
Vômitos				
Sim	2(4)	0(0)	2(100)	<b>0,002</b>
Não	52(96)	51(98)	1(2)	
Diarreia				
Sim	2(4)	1(50)	1(50)	0,109
Não	52(96)	50(96)	2(4)	
Constipação				
Sim	2(4)	1(50)	1(50)	0,073
Não	52(96)	51(98)	1(2)	
Outros*				
Sim	9(17)	8(89)	1(11)	<b>&gt;0,999</b>
Não	45(83)	40(89)	5(11)	

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Variáveis categóricas em frequência absoluta e percentual (%) e analisadas com Teste Qui quadrado.

\*Outros: mucosite, inapetência, neuropatia periférica, perda de paladar e astenia.

Em relação aos sintomas depressivos ( $BDI \geq 20$ ) e de ansiedade ( $BAI \geq 20$ ), 7(13%) pacientes apresentaram sintomas depressivos e 5(9%) de ansiedade, na primeira avaliação. Já na segunda avaliação, foram 8(14%) pacientes com sintomas depressivos e 4(7%) com ansiedade.

Os dados da Tabela 4 apresentam a comparação entre as avaliações realizadas na primeira e na segunda avaliação. Observou-se que os mecanismos de defesa maduros humor, antecipação e racionalização diminuíram significativamente comparando-se a primeira com a segunda avaliação. Os demais mecanismos de defesa não modificaram significativamente, bem como, a resiliência e os sintomas depressivos e de ansiedade.

**Tabela 4 – Comparação entre os sintomas depressivos e de ansiedade, a resiliência e os mecanismos de defesa da primeira e segunda avaliação.**

Variáveis	Avaliação 1 (n=55)	Avaliação 2 (n=54)	P
<b>Sintomas*</b>			
Depressivos (BDI)	10(5-16)	9(5,7-15)	0,924
Ansiedade (BAI)	5(2-12)	5,5(2-10)	0,882
<b>Resiliência**</b>			
Escala de Resiliência	136,3(28,4)	133(24,9)	0,280
<b>Mecanismos de defesa**</b>			
<b>Maduros</b>	6,1(1,4)	5,8(1,5)	0,072
Sublimação	5,7(2,1)	5,4(2,2)	0,452
Humor	<b>6,5(2,2)</b>	<b>5,9(2,5)</b>	<b>0,015</b>
Antecipação	<b>6,2(1,9)</b>	<b>5,7(2,2)</b>	<b>0,038</b>
Racionalização	<b>6,5(1,9)</b>	<b>5,9(1,8)</b>	<b>0,039</b>
Supressão	5,8(2,0)	5,9(1,9)	0,746
<b>Neuróticos</b>	5,0(1,3)	4,8(1,2)	0,379
Anulação	3,9(1,9)	3,9(1,9)	<0,999
Altruísmo	6,1(1,9)	5,7(1,9)	0,178
Idealização	5,1(2,5)	4,8(1,9)	0,465
Formação Reativa	5,0(1,3)	4,8(2,0)	0,708
<b>Imaturo</b>	3,8(1,1)	3,8(1,1)	0,958
Projeção	2,5(1,5)	2,7(1,8)	0,383

Isolamento	3,8(2,1)	4,0(2,1)	0,418
Agressão passiva	3,1(1,9)	3,2(1,7)	0,686
Atuação	4,5(2,5)	4,3(2,0)	0,307
Cisão	4,8(2,1)	4,7(2,0)	0,747
Fantasia Autística	3,5(2,3)	3,4(1,9)	0,832
Desvalorização	3,3(1,9)	3,6(1,9)	0,217
Negação	4,4(1,9)	4,2(2,0)	0,663
Dissociação	4,5(1,9)	4,7(1,9)	0,878
Deslocamento	3,4(2,0)	3,2(1,7)	0,290
Somatização	3,9(2,4)	3,9(2,2)	0,817

**Fonte:** Dados da pesquisa.

\* Variáveis apresentadas em mediana e percentis (P25 – P75), analisadas com *Wilcoxon*.

\*\*Variáveis contínuas apresentadas em média e desvio padrão (DP), analisadas com ‘TesteT’ para amostra dependente.

A correlação da resiliência com os sintomas depressivos, de ansiedade e os mecanismos de defesa, de acordo com a primeira e segunda avaliação, estão apresentados na Tabela 5. De acordo com os dados, houve correlação negativa moderada significativa entre a depressão e ansiedade com os níveis de resiliência tanto na primeira ( $p < 0,001$ ) como na segunda avaliação ( $p < 0,05$ ). Ou seja, quanto maior são os sintomas depressivos e de ansiedade, menor é a resiliência dos pacientes.

Em relação aos mecanismos de defesa, houve correlação moderada positiva significativa entre os mecanismos maduros e a resiliência na primeira e na segunda avaliação. Isto é, quanto maior os mecanismos maduros: humor, racionalização e supressão, maior é a resiliência. Os mecanismos imaturos cisão e dissociação também apresentaram correlação moderada positiva significativa. Já os mecanismos imaturos atuação e fantasia autística apresentaram correlação moderada negativa significativa, portanto, quanto menor os mecanismos imaturos, atuação e fantasia autística, maior é a resiliência (Tabela 5).

**Tabela 5 – Correlação entre resiliência e os sintomas depressivos e de ansiedade e os mecanismos de defesa na primeira e segunda avaliação.**

Variáveis	Resiliência			
	Avaliação1 (n=55)		Avaliação 2 (n=54)	
	r*	P	r*	P
<b>Sintomas</b>				
Depressivos (BDI)	-0,523	<0,001	-0,544	<0,001
Ansiedade (BAI)	-0,467	<0,001	-0,402	<b>0,003</b>
<b>Mecanismos de defesa</b>				
Maduros	0,384	<b>0,004</b>	0,475	<b>0,002</b>
Sublimação	0,149	0,278	0,113	0,417
Humor	0,368	<b>0,006</b>	0,535	<0,001
Antecipação	0,202	0,140	0,236	0,086
Racionalização	0,322	<b>0,017</b>	0,482	<0,001
Supressão	0,197	0,150	0,317	<b>0,019</b>
Neuróticos	0,068	0,620	0,052	0,710
Anulação	-0,166	0,227	-0,085	0,542
Altruísmo	-0,073	0,598	-0,075	0,589
Idealização	0,111	0,418	0,136	0,328
Formação Reativa	0,104	0,418	0,120	0,386
Imaturos	-0,063	0,646	-0,027	0,849
Projeção	-0,235	0,084	-0,117	0,398
Isolamento	0,024	0,865	-0,003	0,982
Agressão passiva	<b>-0,363</b>	<b>0,006</b>	-0,179	0,194
Atuação	-0,183	0,180	<b>-0,322</b>	<b>0,017</b>
Cisão	0,100	0,469	<b>0,307</b>	<b>0,024</b>
Fantasia Autística	-0,241	0,076	<b>-0,281</b>	<b>0,039</b>
Desvalorização	0,062	0,653	-0,178	0,197
Negação	0,170	0,215	0,147	0,287
Dissociação	<b>0,333</b>	<b>0,013</b>	<b>0,446</b>	<b>0,001</b>
Deslocamento	-0,178	0,195	-0,057	0,684
Somatização	-0,234	0,086	-0,120	0,349

**Fonte:** Dados da pesquisa.

\*Coeficiente de correlação de *Spearman*.

## 6 DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo caracterizou-se pela heterogeneidade, considerando a idade dos participantes (mínima de 27 e máxima de 73 anos) e os tipos de câncer, com maior frequência para câncer de mama e colorretal. Conforme o último levantamento do INCA, o câncer de mama é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, também é uma das principais causas de morte por câncer em países em desenvolvimento e desenvolvidos. O INCA estimou 59.700 casos novos de câncer de mama para cada ano do biênio 2018-2019 no Brasil. Suas pesquisas apontaram que esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres das regiões do Sul (73,07/100 mil) (INCA, 2017c).

O câncer colorretal é considerado a terceira neoplasia mais comumente diagnosticada e a quarta principal causa de morte por câncer. No Brasil, o câncer de cólon e de reto em homens é o terceiro mais frequente nas regiões Sul; para as mulheres é o segundo mais frequente nas regiões Sudeste e Sul. Nota-se que há uma prevalência importante do câncer colorretal nas regiões Sul, onde está localizado o estado que foi realizada a pesquisa (INCA, 2017c).

Quanto às comorbidades da amostra, a predominância de outras doenças clínicas foi frequente, sobretudo, com HAS. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, no Brasil, a HAS está entre as doenças prevalentes, atingindo 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Em relação ao tratamento, os dados do estudo demonstraram que o protocolo quimioterápico mais utilizado foi o AC – Doxorrubicina e Ciclofosfamida, que é o indicado para tratar câncer de mama (BONASSA, 2012). Segundo o Ministério da Saúde, a quimioterapia adjuvante é indicada para as pacientes com tumores de risco, intermediário a alto, de câncer de mama. Os ciclos de quimioterapia compostos pela AC - Doxorrubicina e Ciclofosfamida reduzem a recorrência em até oito anos em cerca de um terço dos casos e de redução de 20% a 25% na mortalidade das mulheres que são submetidas a tal tratamento (BRASIL, 2014).

O segundo protocolo mais utilizado na amostra do estudo foi o FOLFOX (Oxaliplatina + Folinato de Cálcio + Fluorouracil endovenoso + Fluorouracil infusão contínua), indicado para tratar câncer colorretal. Como já mencionado, o Ministério da Saúde estabelece que a quimioterapia adjuvante é a indicada no câncer no estágio III e, raramente em estágio II. Os fármacos utilizados são baseados em Fluoropirimidina (5-fluorouracila) associada ou não a Oxaliplatina (BRASIL, 2014).

Outro aspecto avaliado foi sobre os efeitos colaterais relatados pelos pacientes no primeiro ciclo e no seguimento. Observa-se que o mais citado foi náuseas, presente na metade da amostra. O achado está de acordo com um estudo transversal em uma Unidade de Alta Complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), realizado com 58 pacientes em quimioterapia, que mostrou em seus resultados que 57% dos pacientes apresentaram náuseas e 34% vômitos (QUEIROGA *et al.*, 2017). Em outra pesquisa, realizada com 79 mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento quimioterápico, pode-se observar em sua grande maioria, relato de náuseas (93%) e vômitos (87%), pelo menos, uma vez durante o tratamento quimioterápico (GOZZO, 2014). De fato, a maioria dos quimioterápicos podem causar alterações como náuseas e vômitos (BONASSA, 2012) e, de acordo com uma revisão integrativa, são essas as reações mais frequentes decorrentes do tratamento com quimioterapia, devido à toxicidade gastrointestinal (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

A queda do cabelo também é um efeito esperado e está relacionado a determinados quimioterápicos, devido a sua característica citotóxica (BONASSA, 2012). Nas células da raiz dos cabelos e dos pelos afetam a rápida proliferação, pois inibem completamente ou parcialmente a atividade mitótica, causando o enfraquecimento e, conseqüentemente, a queda (OLIVEIRA, 2010). Conforme relatos de pacientes, a queda do cabelo é considerada o mais devastador efeito colateral do tratamento, uma vez que está intimamente ligado à aparência física. A perda do cabelo acarreta em prejuízo da autoimagem e das relações sociais (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

A dor em articulação também foi relatada na amostra, sendo esperados, principalmente, para pacientes que utilizam os quimioterápicos Taxanos (Paclitaxel e Docetaxel). Os Taxanos são medicamentos indicados no tratamento de câncer de mama e ovário avançados, câncer de pulmão, câncer de próstata, câncer de cabeça e pescoço e estômago. Sendo assim, os pacientes submetidos a tais protocolos poderão sofrer com dores articulares (BONASSA, 2012).

Em relação aos aspectos emocionais, estudos prévios evidenciaram que a presença de depressão e de ansiedade, de moderada a grave, é frequente em pacientes diagnosticados com câncer (SOUZA *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2016). Ainda, os sintomas de ansiedade e depressão influenciam no enfrentamento (ARMANDO, 2010) e na adesão ao tratamento proposto para o câncer (SIMÃO *et al.*, 2017). No presente estudo, foi encontrado resultado semelhante aos achados prévios sobre a presença de sintomas depressivos e de ansiedade. Também, pode-se observar que, na comparação entre os dois momentos de avaliação (na primeira sessão de quimioterapia e após 30 a 45 dias do início do tratamento),

não houve mudança significativa entre os escores destes sintomas, mesmo com o aparecimento significativo dos efeitos colaterais do tratamento na segunda avaliação. Evidentemente, o intervalo entre as avaliações foi curto e não foi avaliado se houve tratamento específico para ansiedade ou depressão nos pacientes avaliados.

A resiliência refere-se a capacidade de adaptação a adversidades, sendo influenciada por vários fatores, entre eles a presença de depressão (ARMANDO, 2010) e a processos mentais que podem ser usados no enfrentamento de situações difíceis (FEIST; FEIST; ROBERTS, 2015). Os resultados do presente estudo evidenciaram a correlação entre a resiliência e os sintomas, sendo que quanto maior os escores dos sintomas depressivos e ansiosos, menor foi o nível de resiliência. Conforme um estudo de mulheres com câncer de mama, em estágio inicial, os resultados demonstraram que existe correlação negativa significativa entre depressão e resiliência (RISTEVSKA-DIMITROVSKA *et al.*, 2015b). Em outro estudo que avaliou qualidade de vida, depressão e resiliência em pacientes com câncer de pulmão, foi encontrado que os pacientes com altos escores de resiliência apresentaram melhor qualidade de vida e baixos escores de depressão (ARMANDO, 2010).

Outro aspecto avaliado foi o uso de mecanismos de defesa dos pacientes em tratamento. Comparando-se os mecanismos de defesa na primeira com a segunda avaliação, houve redução dos mecanismos maduros humor, racionalização e antecipação. É provável que no primeiro momento da avaliação, em que os pacientes ainda não haviam realizado a primeira sessão de quimioterapia, o uso de defesas mais adaptativas, sobretudo, da racionalização, podem auxiliar no controle da ansiedade, melhorado a esperança pelo resultado positivo do tratamento (GRANDIZOLI *et al.*, 2017). Na segunda avaliação, os pacientes já estavam sob o efeito da quimioterapia, possivelmente, conduzindo a um processo de entendimento real do quadro saúde-doença, diminuindo o uso de defesas, mesmo as maduras, o que pode interferir negativamente no enfrentamento de eventos estressores. Um estudo prévio concluiu que a racionalização, a regressão, a projeção e a negação foram os mecanismos de defesa identificados com maior frequência nestes pacientes (BORGES; PERES, 2013).

Ainda, conforme resultados desse estudo, os mecanismos maduros (humor, racionalização e supressão) apresentaram correlação moderada significativa positiva com a resiliência; e os imaturos (fantasia autística e atuação) a correlação foi inversa. Os mecanismos de defesa também podem ser usados no processo de enfrentamento, sendo que os maduros são utilizados para adaptação frente a situações estressantes. Os mecanismos imaturos, por sua vez, podem ser usados para distorção das situações estressoras (EIZIRIK *et*

*al.*, 2013). Ou seja, o paciente consegue expressar seus sentimentos, justificar as situações consideradas como inaceitáveis (por exemplo, o câncer) e reconhecer sua atual situação ao seu tempo, minimizando o impacto por meio do uso de mecanismos de defesas como o humor e a racionalização. Neste sentido, os mecanismos de defesa mais adaptativos associam-se aos níveis mais elevados de resiliência, facilitando o enfrentamento de situação estressora como o tratamento com quimioterapia (SILVA *et al.*, 2015; SORATTO *et al.*, 2016).

De fato, o tratamento oncológico gera mudanças importantes na vida dos pacientes. Além da própria doença e dos efeitos dos medicamentos ou dos procedimentos, altera-se a rotina, devido às idas ao hospital, afastando-os da vida familiar, social e laboral (GRANDIZOL *et al.*, 2017). Contudo, em um estudo sobre resiliência em pacientes oncológicos, constatou que o tratamento em si contribui para o desenvolvimento da resiliência, promovendo maior utilização dos fatores protetores dos indivíduos (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

O presente estudo apresenta limitações e necessitam ser apontadas. Por se tratar de estudo observacional de correlação, não foi possível estabelecer o sentido de causalidade entre as variáveis. Devido ao curto intervalo de tempo entre as avaliações, não foi possível detectar modificações de sintomas de ansiedade e de depressão. No entanto, trata-se de uma pesquisa relevante, devido à escassez de estudos na temática de resiliência na área de oncologia e quimioterapia ambulatorial.

## 7 CONCLUSÕES

De acordo com as pesquisas, o câncer é uma doença atual e prevalente que, a cada ano, incide mais na população mundial. Uma das modalidades de tratamento é a quimioterapia, que acarreta efeitos indesejáveis ao indivíduo. Neste sentido, os pacientes enfrentam mudanças intensas na vida social, profissional e emocional. Tais efeitos adversos do tratamento geram desconforto, assim, o indivíduo necessita buscar meios para enfrentar as modificações e o estresse.

A hipótese inicial do estudo foi de que a resiliência influencia positivamente no enfrentamento dos efeitos adversos do tratamento do câncer com quimioterapia ambulatorial. A resiliência mostra-se como crucial para o tratamento e, de acordo com os resultados do presente estudo, as emoções do paciente interferem nos níveis de resiliência. Também, pode-se verificar que os mecanismos de defesa utilizados durante o tratamento, correlacionam-se com a maneira de enfrentamento da situação estressora, no caso, o tratamento quimioterápico.

Geralmente, são os profissionais da equipe de enfermagem que estão em contato direto com os pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial, juntamente, com os seus familiares ou cuidadores. Assim, compete também ao enfermeiro avaliar e implementar cuidados com vistas à reabilitação e ao ajustamento psicossocial.

Enfim, considerando que a resiliência é uma capacidade que auxilia no enfrentamento das situações difíceis e é passível de modificação, é importante que a equipe de enfermagem atente-se aos aspectos psicossociais do paciente ao longo das sessões terapêuticas. Desta forma, torna-se viável compreender e cuidar do paciente de maneira eficiente, integral e qualificada.

## REFERÊNCIAS

- AMARO, L.S. Resiliência em pacientes com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. **Revista Logos e Existência**, Paraíba v.2, n.2, p.147-161, 2013.
- ARMANDO, A. **Avaliação dos escores de resiliência, qualidade de vida, depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico**. Dissertação (Mestrado em Ciências Pneumológicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
- BLAYA, C. **Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
- BLAYA, C. et al. Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 255-258, 2004.
- BLECHA, F.P. Cirurgia. In: FONSECA, S. M.; PEREIRA, S. R. **Enfermagem em oncologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 111 – 116.
- BONASSA, E.M.A.B.; GATO, M.I.R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.
- BONASSA, E.M.A.B. et al. Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica. In: BONASSA, E.M.A.B.; GATO, M.I.R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 1-16.
- BORGES, G.M; PERES, R.S. Mecanismos de defesa em pacientes oncológicos recidivados: um estudo clínico-qualitativo. **Psicologia em Pesquisa**, Uberlândia, v. 7, n. 2, p.171-179, 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_clinicos\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_oncologia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2018.
- CARDOSO, D.H. et al. Viver com câncer: a percepção de pacientes oncológicos. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, n. 2, p. 461-474, 2012.
- CASTRO, E.K. et al. Percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 3, p. 359-372, 2015.
- COLODETE, K.L. Tumores gástrico-intestinal. In: CRESPO, A; PASSOS, P. **Enfermagem Oncológica Antineoplásica**. São Paulo: Editora Lemar, 2011. Cap. 5, p. 123–135.

- CRESPO, A; CASTILHO, M.C. Tumores urológicos. In: CRESPO, A; PASSOS, P. **Enfermagem Oncológica Antineoplásica**. São Paulo: Editora Lemar, 2011. Cap. 5, p. 101 – 109.
- CRESPO, A; VILELA, P. Tumores cutâneos. In: CRESPO, A; PASSOS, P. **Enfermagem Oncológica Antineoplásica**. São Paulo: Editora Lemar, 2011. Cap. 5, p. 59 – 64.
- CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011. p. 172.
- 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, 2012a. Cap. 10, p. 519 - 530.
- DINIZ, S. Tumores de cabeça e pescoço. In: CRESPO, A; PASSOS, P. **Enfermagem Oncológica Antineoplásica**. São Paulo: Editora Lemar, 2011. Cap. 5, p. 111–122.
- EIZIRIK, C. Noções básicas sobre o funcionamento psíquico. In: EIZIRIK, E.; BASSOLS, A.M.S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 15-30
- ELMESCANY, E.N.M. A arte na promoção da resiliência: um caminho de intervenção terapêutica ocupacional na atenção oncológica. **Revista Nufen: phenomenology and interdisciplinarity**, Guamá, v. 1, n. 2, p. 21-41, 2010.
- FEIST, J.; FEIST, G.J.; ROBERTS, T. **Introdução à teorias da personalidade**. Teorias da Personalidade. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Cap. 1, p. 1-21.
- FERNANDES JÚNIOR, H.J. Dissecando e desmistificando o câncer. In: BIFULCO, V.A.; FERNANDES JÚNIOR, H.J.; BARBOZA, A.B. **Câncer: uma visão multiprofissional**. Barueri, SP: Manole, 2010. Cap. 1, p. 1 – 22.
- FERREIRA, A.S. et al. Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 321-328, 2016.
- GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 29, p. 453-457, 1996.
- GOZZO, T.H. et al. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 110-116, 2013.
- GRANDIZOLI, M.V. et al. Indicadores de esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 3, p. 65-70, 2017.
- GUIMARÃES, R.C.R. et al. Ações de enfermagem frente às reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos. **Revista online de pesquisa: Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2440-2452, 2015.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Atividades Assistenciais**. Disponível em: < <https://intranet.hcpa.edu.br/content/view/3193/1323/>> Acesso em: 08 dez. 2017.

- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. **ABC do câncer:** abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro, 3.ed., 2017a. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro\\_abc\\_2ed.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2017.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer:** o que é? [internet] Rio de Janeiro: INCA; 2017b. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)> Acesso em: 18 out. 2017.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2017c. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2018.
- LAFAYETTE, F. Radioterapia. In: FONSECA, S. M.; PEREIRA, S. R. **Enfermagem em oncologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2013. Cap. 7, p. 95 – 109.
- LUCCHESI, L.N. Aspectos da assistência de enfermagem, ao paciente onco-hematológico. In: FONSECA, S. M.; PEREIRA, S. R. **Enfermagem em oncologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2013. Cap. 7, p. 223 - 234.
- MALACHIAS M.V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.107, n.3, 2016. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acesso em: 13 out. 2018.
- MENEZES, I.C.; JURUENA, M.F. Diagnóstico de depressões unipolares e bipolares e seus especificadores. **Medicina: Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 1, p.64-71, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127540/124634>. Acesso em: 07 dez. 2017.
- MOURA, V.P.Y.; TEIXEIRA, T.O.A. Quimioterapia (conceitos e vias de administração). In: FONSECA, S. M.; PEREIRA, S. R. **Enfermagem em oncologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2013. Cap. 4, p. 41-74.
- NICOLUSSI, A.C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 18, n. 1, p. 132-140, 2014.
- OLIVEIRA, R.R et al. Ser mãe de um filho com câncer em tratamento quimioterápico: uma análise fenomenológica. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá**, v.9, n.2, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11250/6089>>. Acesso em 08 out. 2018.
- PESCE, R.P.; et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 436-448, 2005.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.
- QUEIROGA, H.M. Avaliação de náusea e êmese em pacientes sob quimioterapia em uma Unidade de Alta Complexidade Saúde de Vitória da Conquista/BA. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v.19, n.4, p. 126-132, 2017.
- REIS, M. Tumores de fígado e pâncreas. In: CRESPO, A.; PASSOS, P. **Enfermagem Oncológica Antineoplásica.** São Paulo: Editora Lemar, 2011. Cap. 5, p. 137–145.

- RISTEVSKA-DIMITROVSKA, G. et al. Resilience and quality of life in breast cancer patients. **Macedonian Journal of Medical Sciences**, v. 3, n. 4, p. 727-731, 2015a.
- RISTEVSKA -DIMITROVSKA, G. et al. Depression and resilience in breast cancer patients. **Macedonian Journal of Medical Sciences**, v. 3, n. 4, p. 661-665, 2015b.
- RODRIGUES, F.S.S.; POLIDORI, M.M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 619-629, 2012.
- SBANO, C; ALCÂNTARA, V. Neoplasias onco-hematoógicas no adulto. CRESPO, A; PASSOS, P. **Enfermagem Oncológica Antineoplásica**. São Paulo: Editora Lemar, 2011. Cap. 5, p. 195– 222.
- SIMÃO, D.A.S. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 8, n. 2, p.82-86, abr. 2017.
- SILVA, L.W.S. et al. A resiliência como constructo à práxis da enfermagem: inquietações reflexivas. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 4, n. 18, p.101-115, 2015.
- SOUZA, B.F. et al. Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.1, p.61-68, 2013.
- SORATTO, M.T. et al. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 53-63, 2016.
- SÓRIA, D.A.C. et al. Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 702-706, 2009.
- TOWSEND, M.C. Conceito de adaptação ao estresse. In: TOWSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 1, p. 1-10.
- TIGRE, A. **Educação em saúde: Práticas de uma equipe multiprofissional na atenção ao paciente oncológico em quimioterapia**. Dissertação (Mestrado em Educação em saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.
- VASQUEZ, B; CONCEIÇÃO, K.I. Tumores ginecológicos. In: CRESPO, A; PASSOS, P. **Enfermagem Oncológica Antineoplásica**. São Paulo: Editora Lemar, 2011. Cap. 5, p. 83-91.
- WESNER, A.C. et al. Booster Sessions after Cognitive-Behavioural Group Therapy for Panic Disorder: Impact on Resilience, Coping, and Quality Of Life. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, Cambridge, v. 2, n. 343, p. 513-525, 2014.

## APÊNDICE A - Protocolo de coleta de dados

### Dados Demográficos

1. Nome: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: Masculino(1); Feminino(2)
3. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4. Idade \_\_\_\_ anos
- 5. Nível Educacional**
- (1) Fundamental Incompleto (2) Fundamental Completo (3) Médio Incompleto  
 (4) Médio Completo (5) Superior Incompleto (6) Superior Completo  
 (7) Pós-graduação (8) Outros (Especificar: \_\_\_\_\_)
6. Anos completos de estudo (desprezar repetências) \_\_\_\_ anos

### Perfil Social

- 7. Procedência:**
- (1) POA (2) G. POA (3) Interior (4) Outros estados (5) Estrangeiro
- 8. Situação Conjugal atual**
- (1) Solteiro (2) Casado/Marital (3) Separado ou Divorciado (4) Viúvo
- 9. Com quem vive atualmente**
- (1) Sozinho (2) c/ pais (3) c/ cônjuge (4) c/ filhos (5) c/ família  
 (6) Instituição (7) Outro (Especificar \_\_\_\_\_)
- 10. Ocupação**
- (1) Estudante (2) Empregado (3) Com ocupação  
 (4) Desempregado (5) Do lar (6) Auxílio doença  
 (7) Aposentadoria p/ Invalidez (8) Aposentadoria por tempo de serviço  
 (9) Outro (Especificar \_\_\_\_\_)

### Dados Clínicos

11. Diagnós \_\_\_\_\_
12. Comorb \_\_\_\_\_
13. Tratamento: \_\_\_\_\_

14. Marque (x) nos efeitos adversos que o paciente apresentou durante tratamento com quimioterapia:

Sessão	Náusea	Vômitos	Queda de cabelo	Dor nas articulações	Cansaço	Diarreia	Constipação	Outros*
1								
2								
3								

\*Quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa na qual o objetivo é analisar a sua forma de enfrentar o tratamento com quimioterapia ambulatorial, bem como, observar as suas emoções durante o tratamento.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: permitir que os registros de seu prontuário sejam consultados pelos pesquisadores; responder perguntas sobre seus dados de identificação, assim como, responder a 4 questionários relacionados ao objetivo do estudo. A previsão de preenchimento é de aproximadamente 30 minutos.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da sua participação na pesquisa são mínimos e que podem ser devido a alguma pergunta sobre sua vida ou ao tempo destinado para o preenchimento dos questionários. A participação nesta pesquisa não oferece benefícios diretos, mas os resultados poderão ajudar na assistência a outros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo no atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa Dra Elizeth Heldt, pelo telefone (51)33598018; ou com a acadêmica de enfermagem Júlia Azambuja, telefone (51)33598551, na Unidade de Quimioterapia. Também é possível acessar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em 2 vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO A - Inventário de depressão de Beck (BDI)

**INSTRUÇÕES:** Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE!** Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

0 Não me sinto triste

1 Me sinto triste

2 Estou sempre triste e não consigo sair disto

3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar

0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro

1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro

2 Acho que nada tenho a esperar

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

0 Não me sinto um fracasso

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes

2 Não encontro um prazer real em mais nada

3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

0 Não me sinto especialmente culpado(a)

1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo

2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo

3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

0 Não acho que esteja sendo punido(a)

1 Acho que posso ser punido(a)

2 Creio que vou ser punido(a)

3 Acho que estou sendo punido(a)

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo(a)

1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a)

2 Estou enojado(a) de mim

3 Eu me odeio

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

0 Não tenho quaisquer ideias de me matar

1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria

2 Gostaria de me matar

3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade

0 Não choro mais que o habitual

1 Choro mais agora do que costumava

2 Agora, choro o tempo todo

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

0 Não sou mais irritado(a) do que sempre estou

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava

2 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo

3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

0 Tomo decisões tão bem quanto antes

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava

2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes

3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes

1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo

3 Acredito que pareço feio(a)

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes

1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa

3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

0 Consigo dormir tão bem como o habitual

1 Não durmo tão bem como costumava

2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual

1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava

2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa

3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

0 Meu apetite não está pior do que o habitual

1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser

2 Meu apetite é muito pior agora

3 Absolutamente não tenho mais apetite

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente

1 Perdi mais do que 2 quilos e meio

2 Perdi mais do que 5 quilos

3 Perdi mais do que 7 quilos

*Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: ( )Sim ( )Não*

0 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual

1 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa

3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessado em sexo do que costumava

2 Estou muito menos interessado por sexo agora

3 Perdi completamente o interesse por sexo

**Subtotal da página 1** \_\_\_\_\_

**Subtotal da página 2** \_\_\_\_\_

**SCORE TOTAL** \_\_\_\_\_

**ANEXO B - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)**

Abaixo, está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a <b>última semana, incluindo hoje</b> , colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.				
	<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente</b> Não me incomodou muito	<b>Moderadamente</b> Foi muito desagradável mas pude suportar	<b>Gravemente</b> Difícilmente pude suportar
<b>1. Dormência ou formigamento</b>				
<b>2. Sensação de calor</b>				
<b>3. Tremores nas pernas</b>				
<b>4. Incapaz de relaxar</b>				
<b>5. Medo que aconteça o pior</b>				
<b>6. Atordoado ou tonto</b>				
<b>7. Palpitação ou aceleração do co</b>				
<b>8. Sem equilíbrio</b>				
<b>9. Aterrorizado</b>				
<b>10. Nervoso</b>				
<b>11. Sensação de sufocação</b>				
<b>12. Tremores nas mãos</b>				
<b>13. Trêmulo</b>				
<b>14. Medo de perder o controle</b>				
<b>15. Dificuldade de respirar</b>				
<b>16. Medo de morrer</b>				
<b>17. Assustado</b>				
<b>18. Indigestão ou desconforto no a</b>				
<b>19. Sensação de desmaio</b>				
<b>20. Rosto afogueado</b>				
<b>21. Suor (não devido ao calor)</b>				

**ANEXO C - Escala de Resiliência**

**Marque no que você discorda ou concorda nas seguintes afirmações:**

	<b>Discordo</b>			<b>Nem concordo nem discordo</b>	<b>Concordo</b>		
	<b>Totalmente</b>	<b>Muito</b>	<b>Pouco</b>		<b>Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Totalmente</b>
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo			Nem concordo nem discordo	Concordo		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis, porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes, eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou em uma situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

**ANEXO D - Defense Style Questionnaire (DSQ 40)**

**INTRUÇÕES:** Este questionário consiste em 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale a sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

**1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isto, eu fico deprimido**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura e marcenaria**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**6. As pessoas tendem a me tratar mal**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que esta pessoa seja ajudada em vez de punida**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**11. Eu frequentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**13. Eu sou uma pessoa muito inibida**

Discordo Completamente    1   2   3   4   5   6   7   8   9    Concordo Plenamente

**14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a vida real**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo pra mim**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que com a vida real**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**18. Eu não tenho medo de nada**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou o demônio**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**24. Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial em qualquer coisa que faça**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**26. Eu frequentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo que não gosto**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**28. Eu frequentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**33. Quando eu estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo**

Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

**ANEXO E – Carta de Aprovação CEP/HCPA**

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CARTA DE APROVAÇÃO**

**Projeto:** 180153

**Data da Versão do Projeto:** 02/04/2018

**Pesquisadores:**

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT

JULIA MARIA AZAMBUJA SANTOS

ANA MARIA VIEIRA LORENZZONI

CARMEN MARIA DORNELLES PROLLA

ALINE TIGRE

**Título:** AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA DE PACIENTES COM CÂNCER EM  
QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Prof. Patricia Ashton Prolla  
Coordenadora GPPG/HCPA

Porto Alegre, 20 de abril de 2018.