

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PSICOLOGIA

ANA JULIA ACUNHA SOARES
KAROLINA DARQUES BISPO LOUZADA VIEIRA

**ESTRESSE E SAÚDE MENTAL EM PACIENTES ONCOLÓGICAS DE
CORUMBÁ-MS**

Corumbá-MS
2025

ANA JULIA ACUNHA SOARES
KAROLINA DARQUES BISPO LOUZADA VIEIRA

**ESTRESSE E SAÚDE MENTAL EM PACIENTES ONCOLÓGICAS DE
CORUMBÁ-MS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Pablo Cardoso de Souza

Corumbá-MS
2025

ANA JULIA ACUNHA SOARES
KAROLINA DARQUES BISPO LOUZADA VIEIRA

**ESTRESSE E SAÚDE MENTAL EM PACIENTES ONCOLÓGICAS DE
CORUMBÁ-MS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
curso de Psicologia da Universidade Federal de
Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Pablo Cardoso de Souza

Prof. Dr. Pablo Cardoso de Souza (Orientador)

Prof. Dr. Luis Fernando Galvão (Banca Examinadora)

Prof. Me. Clariane Siqueira Bispo Wounnsoscky (Banca Examinadora)

Corumbá, 4 de dezembro de 2024.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a cada participante do estudo que compartilharam suas dores e vivências.

A cada mulher que enfrenta a neoplasia mamária com coragem e esperança.

Àquelas que mesmo diante do medo, ressignificam sua dor e escolhem viver uma vida que valha a pena ser vivida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe e a minha irmã que me apoiaram e me fortaleceram durante todos esses anos. Aos professores pelos ensinamentos e, principalmente, ao nosso orientador Dr. Pablo Cardoso de Souza, por cultivar em nós a compreensão do cuidado e do acolhimento ao próximo.

Aos amigos e colegas que tornaram a caminhada mais leve e feliz.

Agradeço às instituições que colaboraram para a realização deste trabalho e as participantes deste estudo, que se comprometeram e nos ensinaram a importância de viver cada dia como se fosse o último.

Por fim, agradeço a minha dupla, Karolina, pelo apoio incondicional nos momentos de instabilidade, pelo companheirismo, e por simplesmente ser quem é.

Ana Julia Acunha Soares

Agradeço profundamente à minha família, especialmente ao meu primo, que acreditou e apoiou esse sonho, e à minha avó, que sempre investiu nos meus estudos. Sou grata também aos meus pais, que me ofereceram todo o suporte necessário durante os anos em que estive longe de casa. Aos professores, registro meu reconhecimento por tantos ensinamentos ao longo da formação, em especial ao nosso orientador, Dr. Pablo Cardoso de Souza.

Agradeço igualmente aos amigos e colegas que encontrei nessa trajetória, por me lembrarem do verdadeiro significado de família e pertencimento. Às participantes deste projeto, expresso minha gratidão por mostrarem o quanto importante e significativo é manter a positividade diante da vida.

Por fim, deixo meu agradecimento especial à minha dupla, Ana Julia, por todo o suporte diante das dificuldades e por ter permanecido ao meu lado mesmo nos momentos mais desafiadores.

Karolina Darques

RESUMO

O câncer de mama é a neoplasia mais recorrente entre as mulheres, acometendo 10,5% da população feminina. Sabe-se que o câncer de mama é uma doença multifatorial, gerando repercussões em diversas áreas da vida da mulher, como a autoestima, identificação e nas relações interpessoais. Além disso, o tratamento da doença pode alterar a qualidade de vida, sentimentos de tensão e incerteza, gerando sofrimento. Diante disso, este estudo propõe identificar os impactos da doença na saúde mental e no desenvolvimento de estresse em pacientes oncológicas de Corumbá-MS. A metodologia utilizada foi método descritivo e qualitativo com abordagem quantitativa. Foi realizada entrevistas semiestruturadas e aplicação de instrumentos, como: Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7) , Patient Health Questionnaire (PHQ-9), World Health Organization Quality of Life- bref (WHOQOL-bref). Com isso, o estudo busca compreender os indicadores de estresse, qualidade de vida e saúde mental, visando um melhor entendimento do sofrimento psíquico das pacientes. Os resultados obtidos indicaram que mulheres diagnosticadas com câncer de mama apresentaram melhores estratégias de enfrentamento diante de eventos estressores, e que mesmo diante do contexto revelaram boa flexibilidade psicológica.

Palavras-chave: câncer de mama; estresse; qualidade de vida.

ABSTRACT

Breast cancer is the most common neoplasm among women, affecting 10.5% of the female population. It is known that breast cancer is a multifactorial disease, generating repercussions in various areas of a woman's life, such as self-esteem, identification, and interpersonal relationships. Furthermore, the treatment of the disease can alter quality of life, causing feelings of tension and uncertainty, leading to suffering. Therefore, this study aims to identify the impacts of the disease on mental health and the development of stress in cancer patients in Corumbá-MS. The methodology used was a descriptive and qualitative method with a quantitative approach. Semi-structured interviews were conducted and instruments such as the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), and World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref) were applied. Thus, the study seeks to understand the indicators of stress, quality of life, and mental health, aiming for a better understanding of the psychological suffering of patients. The results indicated that women exposed to breast cancer demonstrated better coping strategies when faced with stressful events, and that even within this context they showed good psychological flexibility.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
Objetivos primários.....	13
Objetivos secundários.....	13
MÉTODO.....	14
Aspectos éticos.....	14
Participantes.....	14
Procedimento.....	14
ANÁLISE FUNCIONAL.....	15
INSTRUMENTOS.....	16
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
ANEXOS.....	29
Anexo A.....	29
Anexo B.....	30
Anexo C.....	33
Anexo D.....	34
Anexo E.....	35
Anexo F.....	36
Anexo G.....	38

INTRODUÇÃO

O termo “câncer” foi empregado pela primeira vez por Hipócrates (460–377 a.C.), considerado o pai da medicina. Evidências arqueológicas identificaram em múmias egípcias que a doença acomete a humanidade há mais de três mil anos antes de Cristo. Atualmente, o câncer é definido como um grupo de mais de cem doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células, com potencial de invasão aos tecidos e órgãos adjacentes. Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), os cânceres mais comuns que acometem as mulheres estão relacionados ao sistema reprodutor feminino, sendo o câncer de mama o mais recorrente (INCA, 2022).

Segundo o (INCA), em 2022 foi apurado uma incidência estimada por 100 mil habitantes de 73.610 novos casos para o triênio 2023-2025, e, destaca-se que a incidência do câncer de mama aumenta com a idade e a maioria dos casos ocorre a partir dos 50 anos, sendo que, a maior taxa de mortalidade também é entre as mulheres de idade mais avançada (INCA, 2023). O câncer de mama é uma doença considerada multifatorial devido aos fatores de risco, como genético/hereditário, estilo de vida e exposição a produtos tóxicos, desse modo, é indicado adotar um estilo de vida mais saudável, praticar atividades físicas, manter uma alimentação saudável e evitar o tabagismo e consumo de álcool a fim de reduzir o risco de desenvolver o câncer de mama (INCA, 2023).

Partindo disso, foram criadas estratégias de detecção precoce do câncer: o diagnóstico precoce e o rastreamento. O primeiro trata da educação das mulheres e dos profissionais da saúde acerca da doença, sinais e sintomas. Essa ferramenta permite que a paciente faça o autoexame e observe se há algum nódulo nas mamas, alterações nos mamilos, mudança no tamanho e na textura da pele na região das mamas. Já o rastreamento é uma estratégia voltada para as mulheres de 50 a 69 anos que não possuem sinais e sintomas da doença, o exame mais comum é a mamografia e sua realização é recomendada a cada dois anos (Brasil, 2010).

De acordo com Machado et al. (2017), o diagnóstico de câncer de mama representa um impacto significativo na saúde psicológica da mulher influenciando sua identidade, autoestima e relações interpessoais. Como também, desencadeia sentimentos de tensão e incerteza, gerando sofrimento. Silva et al. (2023) menciona que o medo é um dos sentimentos mais comuns e costuma ser apresentado antes mesmo do diagnóstico,

perdurando até o final do tratamento, devido a incerteza de êxito após o tratamento e pela possibilidade de reincidência da doença.

Segundo Alvares et al. (2018), apesar dos avanços para o tratamento de câncer, ainda há uma grande associação de sentimentos negativos conforme o recebimento do diagnóstico, isso se dá devido ao tratamento agressivo, possibilidade de mastectomia e alta taxa de mortalidade, além de alterar aspectos psicossociais das pacientes. Sendo assim, impõe desafios à adaptação e à ressignificação da autoimagem. Conforme discutido por (Silva, Souza & Aquino 2008), a doença é vivenciada de maneira singular por cada mulher, o diagnóstico frequentemente desencadeia reações como negação, tornando-se um evento que reconfigura a trajetória da vida da paciente, haja vista que as implicações físicas do tratamento como os efeitos colaterais, a doença impacta a autoestima, dado que a mama é historicamente associada a feminilidade e maternidade.

A psico-oncologia é uma área da psicologia da saúde que envolve assistência com o paciente oncológico, sua família e os profissionais atuantes no tratamento. Além disso, a psico-oncologia considera aspectos psicossociais importantes para a incidência, estadiamento e remissão do câncer, ou seja, fatores psicológicos e o estilo de vida influenciam diretamente no adoecimento por câncer. Diante disso, a psicologia desenvolveu uma abordagem que buscassem compreender o paciente oncológico e as técnicas de intervenção específicas visando a melhoria na qualidade de vida do paciente e de seus familiares (Veit & Carvalho, 2008, p. 18.).

Segundo Veit e Carvalho (2008), a autora Maria da Glória definiu a psico-oncologia e suas áreas de atuação interligadas à área da medicina e da psicologia, empregando conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos advindos da psicologia da saúde, tais conhecimentos são aplicados na “assistência ao paciente oncológico, à sua família e também aos profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença (Veit & Carvalho, 2008, p. 18.)”, além de contribuir para estudos acerca das variáveis psicológicas e sociais pertinentes para a incidência do câncer, bem como o diagnóstico e o prognóstico. Além disso, a psico-oncologia também colabora para a formação, qualificação e aprimoramento de profissionais da saúde envolvidos em diferentes fases do tratamento.

A atuação do psicólogo no contexto oncológico inclui diversas vertentes como a adaptação do paciente ao diagnóstico, a promoção da adesão ao tratamento, o manejo da dor e do estresse, além do suporte emocional diante do procedimento invasivo. Além

disso, a Psico-Oncologia desenvolve estratégias psicoterapêuticas e psicoeducativas para facilitar a aceitação da nova realidade. Segundo Scannavino et al. (2013), essa abordagem contribui significativamente para a estabilização emocional do paciente, fortalecendo seus recursos internos para o enfrentamento da doença e garantindo uma assistência humanizada e integral.

Diante dos inúmeros impactos fisiológicos e psicológicos, o estresse é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da qualidade de vida das pacientes oncológicas, do mesmo modo que o estilo de estratégia de enfrentamento com situações estressantes influenciam a qualidade de vida. Segundo Neme e Lipp (2010), o processo de enfrentamento tende a atenuar e eliminar causadores de estresse, comportamentos de fuga e esquiva que acompanham crenças negativas acerca da resolução ou superação dos problemas vivenciados, além do sentimento de desânimo e desamparo, estabelecendo manejos inefetivos para lidar com o estresse. De acordo com Souza e Seidl (2014), os pacientes que avaliam a situação da doença, do tratamento ou do seu repertório de enfrentamento alarmantes tendem a experimentar o distress mais frequentemente do que aqueles que consideram que as demandas da enfermidade são possíveis de lidar ou manejar e que seus recursos de enfrentamento são variados.

O estresse é uma resposta do organismo a estímulos externos ou internos que exigem adaptação podendo se tornar prejudicial quando ultrapassa a capacidade de enfrentamento do indivíduo, esse processo envolve reações psicológicas, como irritabilidade e ansiedade. Além disso, fatores como a sobrecarga de trabalho, dificuldades financeiras ou conflitos interpessoais podem desencadear o estresse, que, quando crônico, pode impactar negativamente a saúde física e mental do indivíduo (Lipp, 2010).

O descobrimento de uma neoplasia maligna é uma das principais causas de estresse em pessoas acometidas pela doença. Segundo Marques et. al (2018), o diagnóstico da doença e o tratamento trazem alterações psicossociais, alterações de comportamento e diminuição da imunidade, gerando um grau de estresse nos pacientes. Além disso, alterações biopsicossociais também possuem grande influência no desencadeamento do estresse, uma vez que o paciente terá sua rotina alterada devido ao tratamento, passará muitas vezes a ser mais dependente de terceiros, além de enfrentar tratamentos dolorosos que podem causar isolamento social, alterações de percepção de imagem e mudança de hábitos (Santana, Zanin & Maniglia, 2008).

Com isso, fica evidente a importância de possuir habilidades de enfrentamento mais eficientes. Lazarus e Folkman apontam que o déficit de enfrentamento pode interferir na saúde, dessa forma, foram elaborados instrumentos capazes de mensurar as estratégias de enfrentamento relacionadas a situações de estresse, utilizadas principalmente em doenças crônicas ou graves, como o câncer.

As estratégias de enfrentamento se referem a recursos cognitivos e comportamentais que os pacientes oncológicos utilizam para lidar com os desafios impostos pelo diagnóstico e tratamento do câncer (Botelho & Pereira, 2015), tais estratégias englobam o enfrentamento ativo caracterizado por ações direcionadas à resolução dos problemas e à busca por informações, uso de suporte social e abordagens religiosas, que podem funcionar como mecanismos de adaptação emocional frente a sintomas de depressão e ansiedade. Além disso, o otimismo está positivamente relacionado à qualidade de vida, evidenciando que pacientes que adotam estratégias de enfrentamento mais ativas tendem a apresentar melhores níveis de bem-estar, mesmo diante das limitações físicas impostas pela doença.

Castro et al. (2017), desenvolveram um estudo que buscou entender a relação entre a percepção da doença, as estratégias de enfrentamento utilizadas e as variáveis clínicas e sociodemográficas em mulheres com câncer de mama para compreender o contexto social, a situação da doença e o tratamento. Conforme os resultados apresentados pelo estudo, há uma relação entre a percepção da paciente e a estratégia de enfrentamento adotada, no entanto, apenas a ideia da duração cíclica e a representação emocional da doença foram preditores de enfrentamento, e, ainda assim, apresentaram pouco impacto no modo que as mulheres enfrentam o problema. O estudo também apresentou que as percepções subjetivas da doença podem causar mais impacto no modo de enfrentamento do que os dados reais da doença.

Sendo assim, a compreensão e a promoção de estratégias de enfrentamento adequadas são fundamentais para o manejo clínico e psicossocial do câncer, uma vez que intervêm diretamente na melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Botelho & Pereira, 2015). Dessa maneira, a qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama são impactadas diretamente pelo tratamento oncológico, especialmente pela quimioterapia. De acordo com Lôbo et al. (2014), o tratamento compromete de forma significativa o estado emocional das pacientes, que enfrentam diariamente insônia, fadiga, perda de apetite e dificuldades financeiras decorrentes da incapacidade temporária de

trabalhar. Além disso, a satisfação sexual também é afetada, uma vez que as alterações corporais resultantes do tratamento podem afetar a autoestima e percepção de imagem corporal. Diante disso, alguns pacientes sofrem interferência direta dos efeitos colaterais da quimioterapia, como a perda de cabelo e sintomas dolorosos na região da mama e do braço.

Deste modo, é necessário estratégias que favoreçam a adaptação à nova realidade imposta pela doença, considerando o suporte social e familiar como elementos fundamentais para enfrentar os desafios ao longo do tratamento (Lobo, et al., 2014). De acordo com Pimenta (2024), é importante que o tratamento seja abrangente e considere outras áreas da vida da paciente, como a vida espiritual, social, psicológica e emocional, uma vez que são fatores capazes de melhorar a qualidade de vida durante o tratamento, colaborando com a recuperação e favorecendo a reconstrução de suas vidas de modo positivo e fortalecido.

A qualidade de vida, no campo da saúde e especialmente na oncologia, é compreendida como uma construção que abrange a percepção do indivíduo sobre seu bem-estar físico, psicológico e social. Segundo Pais-Ribeiro (2009), essa avaliação não envolve apenas a presença ou ausência de sintomas, mas também a forma como a pessoa interpreta sua posição na vida considerando seus valores, expectativas e condições. Em pacientes oncológicos, a qualidade de vida torna-se um indicador fundamental, pois permite compreender o impacto real do câncer e de seus tratamentos no cotidiano do paciente, indo além de modelos biomédicos tradicionais.

Nesse sentido, Alves et al. (2012) ressalta que fatores como apoio social, estratégias de enfrentamento eficazes e acolhimento institucional contribuem significativamente para a manutenção do bem-estar, favorecendo maior adesão ao tratamento e melhor adaptação à trajetória da doença. Assim, a qualidade de vida não apenas reflete o estado global do paciente, como também orienta intervenções terapêuticas que promovem autonomia, sentido de continuidade de vida e fortalecimento emocional.

Aspectos da qualidade de vida impactam nos processos de saúde e flexibilidade psicológica. Segundo Luoma, Hays e Walser (2022), a terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) corresponde a ampliação da flexibilidade psicológica por meio do reconhecimento e da aceitação das experiências internas, especialmente em contextos de sofrimento, como o enfrentado por pacientes oncológicas. Nessa perspectiva é utilizado

técnicas de relaxamento, atenção plena e autoconhecimento, sendo utilizadas de forma consciente e alinhada aos valores pessoais.

Ademais, diferentemente de abordagens tradicionais de longa duração, a terapia focal enfatiza intervenções de curta duração geralmente entre uma á quatro sessões baseadas em resultados funcionais e na melhoria da qualidade de vida. Strosahl et al. (2012) destacam que essa abordagem é trans diagnóstico, ou seja, pode ser aplicada a uma ampla variação de dificuldades do indivíduo e sua eficácia está associada à capacidade de promover engajamento em ações significativas e valores, em vez de controlar sintomas. Assim, a FACT representa uma resposta às demandas por tratamentos breves.

A Terapia Focal de Aceitação e Compromisso (FACT), é uma versão breve da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) que utiliza as estratégias de aceitação e atenção plena buscando promover mudanças nos relacionamentos, experiências indesejadas, emoções desagradáveis. Assim, a FACT não possui o propósito de eliminar, suprimir ou controlar os conteúdos dos eventos privados experienciados pelos clientes, uma vez que tais estratégias são consideradas rígidas e ineficazes. Nesse sentido, a FACT apresenta a perspectiva de ensinar o cliente a observar e aceitar a presença dos eventos indesejados, visando a flexibilidade psicológica. Além disso, a FACT utiliza outro princípio fundamental da ACT, a clareza de valores. Essa característica permite que o indivíduo reconheça os valores pessoais e se engaje nas ações de compromisso conforme seus valores, buscando aumentar o repertório de comportamento flexíveis (Strosahl et al., 2012).

Objetivos primários

O objetivo é realizar um estudo piloto no sentido de conhecer melhor o perfil das pacientes oncológicas na unidade de tratamento de câncer de Corumbá.

Objetivos secundários

Verificar indicadores de saúde mental, estilo de vida e enfrentamento de pacientes oncológicas.

Verificar a responsividade de pacientes oncológicas ao tratamento e aspectos psicológicos, tendo em vista a prevenção e promoção da saúde e adesão ao tratamento.

MÉTODO

A metodologia utilizada foi método descritivo e qualitativo com abordagem quantitativa.

Aspectos éticos

Esse trabalho é um estudo piloto que será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. As participantes foram informadas sobre os procedimentos e objetivos do estudo, bem como a garantia de sigilo das informações e a participação voluntária. Foi garantido também a divulgação dos resultados somente em formas de textos científicos e publicações científicas. Após a explanação do estudo, as participantes assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

Participantes

Participaram deste estudo seis mulheres na faixa etária de 35 a 65 anos, diagnosticadas com neoplasia de mama que foram diagnosticadas entre 2016 e 2024 e estejam em tratamento na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), que estão em estadiamento de 0 a III da doença, utilizado como critério de inclusão. Classe social e escolaridade não foram considerados como critério de exclusão.

Procedimento

Os dados foram coletados na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia de Corumbá-MS (Unacon). Após aprovação das instituições envolvidas, foram realizadas consultas aos prontuários médicos, para obter informações sobre o diagnóstico, estadiamento e tratamento, e assim, as participantes foram selecionadas conforme critérios de inclusão e exclusão. As mulheres selecionadas foram contatadas pela psicóloga da unidade e pelas pesquisadoras por ligação telefônica e convidadas a participar da pesquisa. As participantes foram informadas sobre os objetivos, procedimentos, responsabilidades e utilização dos resultados da pesquisa. Todas concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), as pacientes que desistiram de participar foram excluídas da pesquisa.

Inicialmente, as participantes responderam individualmente a um questionário geral pré-entrevista para averiguação de informações sociodemográficas (idade, estado civil, cor/raça, escolaridade, filhos, ocupação e religião), de saúde (tipo de tratamento e grau de

conhecimento sobre eles). Ademais, no questionário as pacientes relataram os impactos da doença em diferentes contextos (familiar, social, organizacional e formas de enfrentamento) e possíveis fatores de risco/causalidade. Além disso, foram aplicados instrumentos que avaliam a fusão cognitiva (CFQ-7 versão brasileira), estratégias de enfrentamento de pacientes oncológicos (E3PO), sintomas e gravidade de depressão (PHQ-9) e a qualidade de vida das pacientes (WHOQOL-bref). Todos os questionários e instrumentos foram aplicados via *Google Forms* de forma conduzida pelas pesquisadoras. A aplicação dos instrumentos foi realizada em dois dias diferentes com duração de cerca de uma hora, visando evitar o cansaço, e consequentemente respostas enviesadas. Para análise dos dados, foi construído um banco de dados no programa *Microsoft Excel*.

ANÁLISE FUNCIONAL

Segundo Matos (1999), a análise funcional é um instrumento que permite identificar aspectos ambientais e qual a função que o comportamento produz neste mesmo ambiente através da descrição de consequências que o comportamento produz em determinado contexto. A autora menciona que para realizar uma análise funcional completa, é necessário observar os eventos antecedentes, a resposta alvo, os eventos consequentes e o tipo de reforçamento, ou seja, a frequência que o comportamento ocorre. Nesse sentido, se um estímulo aumenta a frequência de emissão do comportamento, é provável que se trate de um reforçamento positivo. Quando há a retirada de um estímulo aversivo e consequentemente há o aumento da ocorrência do comportamento, se trata de um reforçamento negativo. Também existem consequências que diminuem a frequência do comportamento, sendo punição positiva quando há a inserção de um estímulo aversivo no ambiente e punição negativa quando há a retirada de reforçadores.

Neste estudo, a análise funcional foi importante para identificar os padrões comportamentais, as consequências e o que os mantém ocorrendo, possibilitando planejamento de intervenções futuras. A análise é fundamental para compreender como cada participante responde às demandas emocionais, cada membro vivencia a doença de forma singular, influenciado por sua história de vida, repertório comportamental, suporte social e estratégias de enfrentamento.

Antecedente	Comportamento	Consequência	Reforçamento
Alguém menciona sobre a doença	Fingir que não está doente	Alívio momentâneo; Sensação de não estar doente	R-
Algum familiar lhe confronta	Supressão de sentimentos	Evitar conflitos	R-

INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados, conforme quadro 1:

Quadro 1: Instrumentos utilizados

Indicadores	Instrumentos
Dados Gerais (sociodemográficos, saúde, contextos sociais e percepções da doença)	Questionário Geral Pré-Entrevista - QGPE
Fusão Cognitiva	<i>Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7)</i> adaptado para o Brasil
Saúde do Paciente	<i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i>
Qualidade de Vida	<i>World Health Organization Quality of Life-assessment short-form (WHOQOL-bref) - versão brasileira</i>
Estratégias de Enfrentamento	Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO)

Fonte: elaborado pelas autoras, 2025.

Os respectivos instrumentos foram aplicados no final de outubro e início de novembro de 2025. O Termo de Compromisso Livre e Esclarecido foi apresentado e assinado antes do Questionário geral pré-entrevista.

- Questionário Geral Pré-Entrevista (OGPE): Utilizado para levantamento de informações sociodemográficas, de saúde, diferentes aspectos da vida (trabalho, família, social) e percepções da doença.
- *Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7)* versão brasileira: é uma medida breve de autorrelato de 7 itens que foi desenvolvido para medir a fusão cognitiva. Nos itens o entrevistado declara qual o nível de concordância de cada frase usando uma escala Likert de 7 pontos, sendo: 1= Nunca Verdadeira; 7= Sempre Verdadeiro. Destacando que, quanto maior a pontuação, maior o grau de fusão cognitiva. O CFQ demonstrou excelente consistência interna avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach entre 0,88 a 0,93 e boa confiabilidade teste-reteste (Lucena-Santos, et al, 2017).
- Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO): A escala avalia as estratégias de enfrentamento de pacientes oncológicos. A escala é estruturada em 20 itens divididos em dois fatores, sendo F1- Engajamento no Tratamento e F2- Reações Emocionais. O fator 1 avalia mais precisamente o comportamento ativo do paciente em relação ao estresse vivido naquele momento, já o fator 2 avalia as reações emocionais advindas do estresse. Ambos fatores apresentaram fidedignidade de respostas ($F1= 0,83$ e $F2= 0,75$) A escala de respostas utilizada foi a tipo Likert de frequência de 4 pontos, sendo, 0= nunca e 4=sempre (Pereira, et al. 2023).
- *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*: O instrumento é utilizado para triagem e avaliação da gravidade dos sintomas depressivos. Consiste em nove itens, que avaliam a frequência de sintomas depressivos nas últimas duas semanas, baseados nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Cada item é pontuado em uma escala de 0 a 3, totalizando uma pontuação que varia de 0 a 27, onde pontuações mais altas indicam maior gravidade dos sintomas depressivos. Aborda aspectos como falta de interesse em atividades, humor deprimido, alterações no sono e apetite, sensação de inutilidade,

dificuldade de concentração e pensamentos suicidas (Kroenke, Spitzer & Williams 2001).

- *World Health Organization Quality of Life-bref* versão brasileira (WHOQOL-bref): O questionário avalia a qualidade de vida de um modo amplo conforme seu contexto cultural. O instrumento é composto por 26 itens e 4 fatores, sendo: físico; psicológico; relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-bref apresenta boa consistência interna conforme o coeficiente de Cronbach (Fleck, et al, 2000).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes tinham idade entre 40 a 64 anos, 33,3% (N=6) eram casadas e 33,3% eram solteiras, as demais eram separadas ou divorciadas. 100% tinham filhos. Quanto à escolaridade, 42,9% das participantes tinham ensino fundamental incompleto, 28,6% tinham ensino médio completo, 14,3% tinham ensino superior incompleto e ensino fundamental. Cerca de 66,7% das participantes se declararam católicas e 33,3% evangélicas. 71,4% autodeclararam pardas e 14,3% se autodeclararam negras e indígenas. Quanto à profissão, cerca de 83,3% eram do lar.

Em relação aos dados clínicos, todas as participantes foram diagnosticadas com câncer de mama, sendo 16,7% em estadiamento (gravidade da doença) nível I e II, e 66,7% em estadiamento nível III. Segundo o INCA (2023), nas últimas duas décadas dados demonstram um aumento de diagnósticos *in situ* e estádio I e baixa em estádio II, porém, 40% dos diagnósticos são realizados nos níveis III e IV.

Destaca-se que durante as entrevistas e a aplicação dos instrumentos houveram interrupções dos funcionários da unidade na sala de aplicação.

Quadro 2: Dados sociodemográficos e clínicos das participantes.

	n	(%)
Estado Civil		
Casada	2	33,3%
Solteira	2	33,3%
Divorciada	1	16,7%
Separada	1	16,7%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	3	42,9%
Ensino fundamental completo	1	14,3%
Ensino Médio completo	2	28,6%
Ensino superior incompleto	1	14,3%
Filhos		
Sim	6	100%
Não		

Religião

Católica	4	66,7%
Evangélica	2	33,3%
Raça		
Negras	1	14,3%
Pardas	4	71,4%
Indígenas	1	14,3%
Profissão		
Do lar	5	83,3%
Aposentada	1	16,7%
Estadiamento		
Estágio I	1	16,7%
Estágio II	1	16,7%
Estágio III	4	66,7%

PHQ-9

Conforme o gráfico 1, percebe-se a variabilidade das respostas, onde a P2 apresentou escore 0 e a P4 escore 20. P1 e P2 apresentaram resultados semelhantes que indicam menor gravidade de sintomas depressivos, no entanto, P5 e P6 indicaram maior gravidade. Destaca-se também que o item com maior pontuação entre as participantes está relacionado a dificuldades para se concentrar.

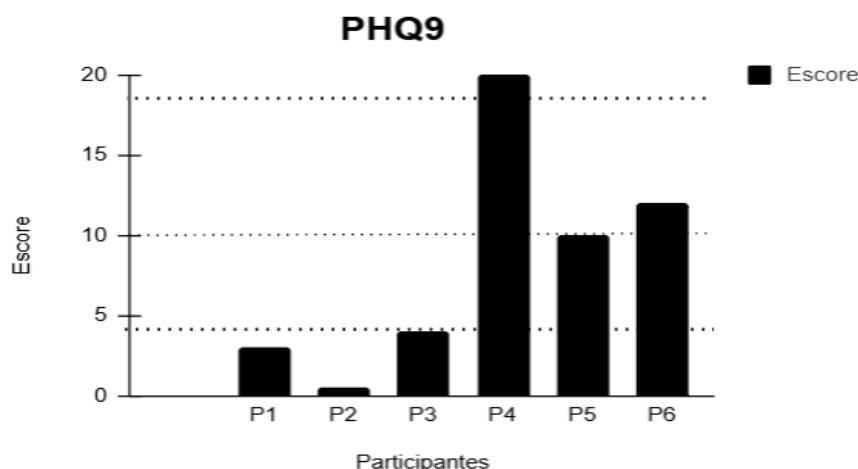


Figura 1: escores do *Patient Health Questionnaire*.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2025.

CFQ-7

Conforme o gráfico 2, P2, P3 e P6 apresentaram escores mais elevados, indicando maior fusão cognitiva.

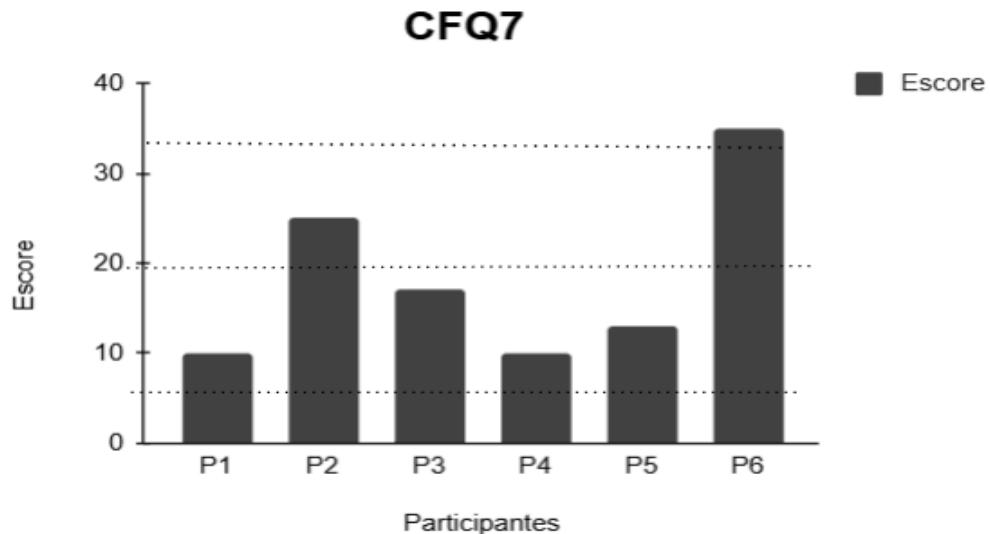


Figura 2: escores do *Cognitive Fusion Questionnaire*.

Fonte: elaborado pelas autoras, 2025.

E3PO

As pontuações do F1 (engajamento no tratamento) indicam que quanto maior o escore maior é o engajamento nas tarefas do tratamento e melhor capacidade adaptativa, assim, quanto menor o escore, menor o repertório de ações adaptativas. As pontuações do F2 (reações emocionais) indicam reações emocionais em decorrência do estresse causado pela doença. Conforme a análise dos dados, as participantes indicaram escore elevado para o fator 1 indicando engajamento no tratamento. A P2 e P4 indicaram níveis deliberadamente elevados para reações emocionais, enquanto as demais indicaram escores menores.

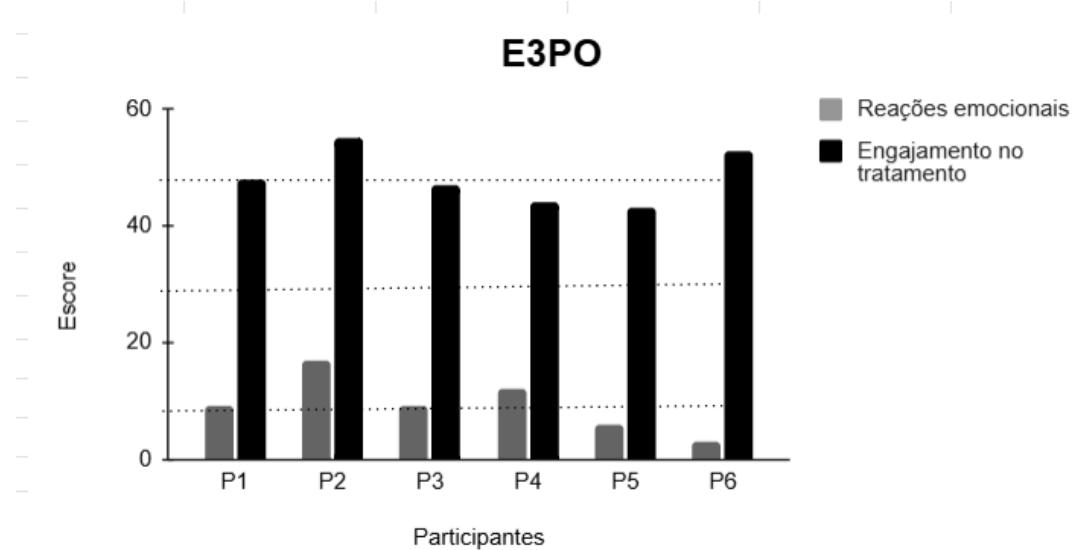


Figura 3: escores da Escala de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO).
 Legenda: Na horizontal estão as participantes. Na vertical, os escores indicam a margem dos padrões comportamentais conforme cada fator.
 Fonte: elaborado pelas autoras, 2025.

WHOQOL-bref

Conforme o gráfico 4, as participantes indicaram escores elevados no domínio de saúde física, destaca-se que P6 apresentou o menor escore, indicando menor qualidade de vida entre as participantes. No domínio psicológico, P6 também apresentou menor escore em relação às demais participantes, P1 e P2 indicaram escores mais elevados, indicando qualidade de vida no eixo psicológico. Nos demais domínios, todas indicaram escores elevados para relações sociais e escores amenos para o meio ambiente em comparação aos outros domínios. Neste instrumento foram analisados somente os domínios físicos e psicológicos das participantes, visto que são os fatores que mais impactam na qualidade de vida.

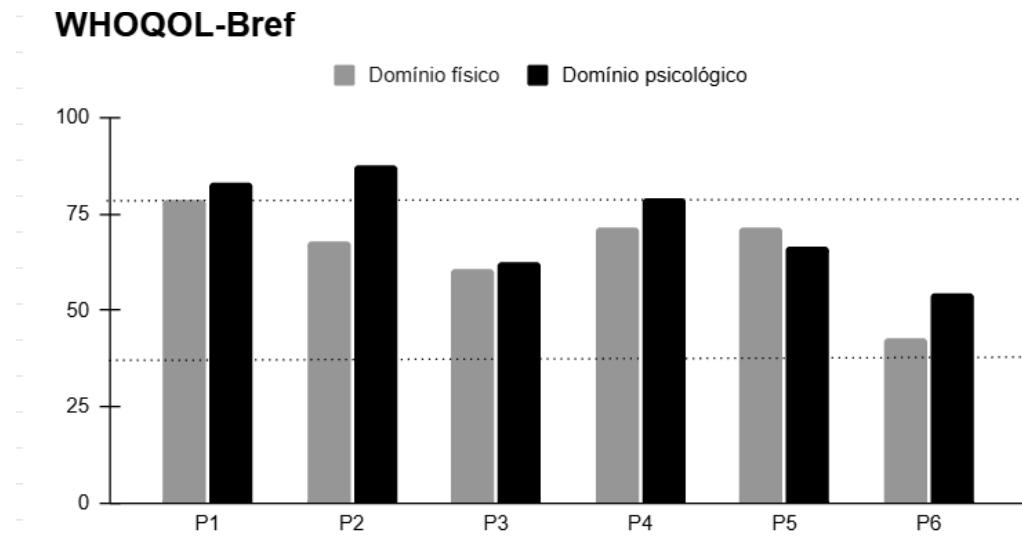


Figura 4:¹ Escores da Escala de qualidade de vida.

Legenda: Na horizontal estão as participantes. Na vertical, os escores indicam a margem dos padrões comportamentais conforme cada fator.

Fone: elaborado pelas autoras, 2025.

Os resultados obtidos corroboram com a literatura apresentada, principalmente quanto ao impacto psicológico do diagnóstico. De acordo com Machado et al (2017), Silva et al. (2023) e Alvares et al. (2018) o medo, a incerteza e sofrimento são experienciados intensamente no processo de adoecimento e do tratamento, é possível observar nos relatos das participantes momentos de estresse, histórico de vivências traumáticas e tensão. No entanto, Silva, Souza e Aquino (2008) destacam a singularidade de vivências que cada mulher possui no processo da doença, refletindo nas variações nos níveis de sintomas depressivos e de fusão cognitiva.

Com relação a possíveis atribuições de causalidade da doença, a maioria das participantes relataram ter vivenciado longos períodos de estresse relacionados a casamento e instabilidades da vida, “eu passei por muitas coisas no passado, muito estresse com meu ex-marido, decepção, tristeza”, “muita preocupação e brigas no casamento, tive até gastrite nervosa por causa do estresse”, os relatos das participantes corroboram com os resultados obtidos por Amorim e Siqueira (2017), na qual pessoas que passaram por situações estressantes ao longo da vida apontam como potencial fonte de influência no desenvolvimento da neoplasia.

¹Neste instrumento foi utilizado para a realização dos cálculos, a ferramenta de inteligência artificial Chat GPT.

Com relação ao enfrentamento de eventos estressores, cerca de 50% das participantes apresentaram evitação como principal estratégia de enfrentamento, 33,3% apresentaram resolução de problemas e 16,7% apresentaram fuga “Eu fico quieta, não gosto de discussão, porque eu tive um casamento ruim, ele bebia e me batia, então hoje eu procuro conversar e entender também”, “Prefiro ficar quieta e se resguardar saindo da situação mesmo dizendo que não deveria”. Neme e Lipp (2010) e Folkman (2010), o uso de fuga-evitação se enquadra na estratégia de enfrentamento focada na emoção, ou seja, são estratégias que promovem a regulação emocional negativa que geram distanciamento do evento estressor, e assim contribuindo com a manutenção das estratégias inadequadas, consequentemente intensificando o sofrimento a longo prazo. As estratégias ligadas à resolução de problemas se caracterizam pelo planejamento de soluções para o problema causador de sofrimento.

Em contrapartida, os resultados indicaram presença de estratégias de enfrentamentoativas direcionado a resolução de problemas conforme discutido por Botelho e Pereira (2015) e Alves (2015) confirmando que a utilização de diálogo, espiritualidade e participação melhoram a qualidade de vida e fortalecem o emocional. Mesmo apresentando variabilidade, os dados se aproximam da perspectiva da ACT discutida por Luoma, Hays e Walser (2022), com maior foco nos processos de valores e aceitação, destacando engajamento em ações de compromisso alinhados aos valores e da aceitação da doença sem relutância, permitindo o manejo saudável e flexível quanto aos processos internos vivenciados por cada mulher. Dessa forma, se evidencia a consonância entre a literatura e os resultados obtidos no estudo, tanto em aspectos de vulnerabilidade quanto às estratégias de enfrentamento vigentes no cenário do adoecimento e do tratamento oncológico.

Quanto aos recursos utilizados para superação dos eventos estressores, 33,3% relataram o diálogo e participação em grupos sociais e terapêuticos, 16,7% religião e envolvimento em atividades para se distrair “eu analiso e depois converso. Porque conversar, o diálogo é muito importante para saber os dois lados da história. Eu não pedia perdão pra ninguém, mas isso mudou depois que eu percebi que isso faz mal pra nós e pros outros”, “Eu evito ambientes que podem me estressar e gosto de frequentar lugares tranquilos”. Ademais, é necessário enfatizar como as atividades de recreação e descontração se tornam estratégias de enfrentamento, essas atividades são incorporadas como práticas de autocuidado, permitindo que as pacientes recuperem energia e

disponibilidade para engajar-se em atitudes que se aproximam dos seus valores, como manter vínculos afetivos ou cuidar do próprio bem-estar (Luoma, Hayes & Walser, 2022).

Sobretudo, a integração dessas dinâmicas no plano terapêutico fortalece as ações de compromisso, incentivando escolhas coerentes com aquilo que é importante para a paciente. Ao oferecer momentos de alívio emocional sem afastamento da realidade, essas atividades favorecem a redução da ruminação, o aumento da sensação de controle e a manutenção de ações alinhadas aos valores da paciente. Assim, a ACT utiliza a distração como ferramenta complementar de enfrentamento, promovendo equilíbrio emocional e ampliando a capacidade de lidar com os desafios físicos e emocionais decorrentes do tratamento (Luoma, Hayes & Walser, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, os resultados revelam que o processo de adoecimento oncológico repercute nas dimensões, emocionais, físicas e sociais das pacientes, indicando que o sofrimento psicológico não se apresenta de forma homogênea, reforçando a necessidade de compreender cada experiência de maneira singular corroborando com pesquisas que apontam esse período marcado por medo e desgaste emocional (Alvarez et al., 2018; Silva et al., 2023).

Observou-se variabilidade nos sintomas depressivos e nos níveis de fusão cognitiva, indicando diferentes formas de vivenciar o sofrimento psicológico. Embora a maioria tenha demonstrado bom engajamento no tratamento, muitas ainda utilizam estratégias evitativas diante do estresse, o que tende a intensificar o sofrimento e dificultar a adaptação emocional (Folkman, 2010; Neme & Lipp, 2010). Em contraste, recursos como apoio social, religiosidade e participação em grupos mostraram-se relevantes para a regulação emocional e melhoria da qualidade de vida, conforme já destacado por estudos na área (Alves et al., 2012).

No que se refere à qualidade de vida, os dados revelam que os domínios físicos e psicológicos foram os mais comprometidos, especialmente entre as participantes com maior gravidade de sintomas depressivos. Esses dados, relacionam-se com pesquisas que apontam a quimioterapia, alterações corporais e o desgaste emocional como fatores com forte impacto na percepção global de bem-estar (Lôbo et al., 2014). A predominância de relatos sobre estressores passados, especialmente relacionados a relações conjugais e vivências traumáticas, também sugere a relevância de compreender o câncer não apenas

como evento biomédico, mas como fenômeno que se entrelaça à história de vida e aos recursos psicológicos de cada mulher.

Com isso, reforça-se a importância de oferecer intervenções psicológicas sensíveis, humanizadas, que considerem a singularidade das experiências e os recursos pessoais de cada paciente. Assim, este estudo contribui para o entendimento das vivências emocionais de mulheres com câncer de mama e destaca a relevância de práticas clínicas que promovam suporte, fortalecimento interno e melhor qualidade de vida para essas pacientes.

REFERÊNCIAS²

- Alvares, R. B., Santos, I. D. de L., Lima, N. de M., Mattias, S. R., Cestari, M. E. W., Gomes, N. C. R. C., & Pinto, K. R. T. da F. (2018). **Sentimentos despertados nas mulheres frente ao diagnóstico de câncer de mama.** *J. Nurs. Health*, 7(3). <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/12639>
- Alves, R. F., Melo, M. O., Andrade, S. F. O., Fernandes, T. S., Gonçalves, D. L., & Freire, A. A. (2012). **Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio.** <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n38-39/n38-39a04.pdf>
- Amorim, M. A. P., & Siqueira, K. Z. (2017). **Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de câncer de mama.** *Psicologia Argumento*, 32(79). <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.079.AO09>
- Botelho, A. S. C., & Pereira, M. da G. (2015). **Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorretal em quimioterapia.** *Estudos de Psicologia*, 20(1), 50–60. scielo.br/j/epsic/a/W7kJ8Ls58dqZgDkJnHx7WXM/?format=pdf&lang=pt
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). **Rastreamento (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).** Série A: Normas e Manuais Técnicos.
- Da Silva, F. C., et al. (2023). **Sofrimento, cotidiano e enfrentamento de mulheres com câncer de mama: subsídios para intervenções da terapia ocupacional.** *Brazilian Journal of Health Review*, 6(4), 14156–14171. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/42439>
- Folkman, S. (2010). **Stress, coping, and hope.** *Psycho-Oncology*, 19, 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2022). **ABC do câncer:abordagens básicas para o controle do câncer (5^a ed.).** <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer>
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2022). **Estimativa de 2023: incidência do câncer no Brasil.** <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2023). **Câncer de mama.** <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama>
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2023). **Dados e números sobre câncer de mama: relatório anual 2023.** <https://www.inca.gov.br/mama>
- Kern, E. K. de C. (2016). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3), 1–6.

² A referência foi organizada pela inteligência artificial Chat GPT.

- Lôbo, S. A., Fernandes, A. F. C., Almeida, P. C., Carvalho, C. M. L., & Sawada, N. O. (2014). **Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia.** *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 554–559. <https://www.scielo.br/j/ape/a/XzvVYb5KtmFt4mvYgTfqRJL/>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: Terapia de Aceitação e Compromisso para iniciantes*. Artmed.
- Machado, M. X., Soares, D. A., & Oliveira, S. B. (2017). **Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 433–451. <https://www.scielo.br/j/physio/a/BPqHVxX3KbmRwVXJMQF9J9P/>
- Matos, M. A. (1999). **Análise funcional do comportamento.** *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 16(3), 8–18. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X1999000300002>
- OpenAI. (2025). *Chat GPT (modelo GPT-5.1)* [Modelo de linguagem de inteligência artificial].
- Pais-Ribeiro, J. (2009). **A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde.** In J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Orgs.), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp. 31–49). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/85385.pdf>
- Pimenta, L. J. T. (2024). **Impacto psicológico e desafios enfrentados por pacientes no diagnóstico do câncer de mama.** *Revista Foco*, 17(10), e6434. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n10-045>
- Savoia, M. G., Santana, P., & Mejias, M. P. (1996). **Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português.** *Psicologia USP*, 7(1/2), 183–201.
- Silva, S. S., Aquino, T. A. A., & Santos, R. M. (2008). **O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico.** *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 73–89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305226415004>
- Souza, J. R., & Seidl, E. M. F. (2014). **stress e enfrentamento: da teoria à prática em psico-oncologia.** *Brasília Med*, 50(3), 242–252. https://www.researchgate.net/publication/270527856_Distress_e_enfrentamento_da_teoria_a_pratica_em_psico-oncologia
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

ANEXOS

Anexo A

Neste trabalho foi utilizado Inteligência Artificial, Chat GPT para realizar o cálculo do instrumentos WHOQOL-Bref e posteriormente gerando o gráfico na ferramenta *Microsoft Excel*, sendo o Prompt do comando:

“Calcule os dados de cada participante de acordo os escores e com a fórmula de cálculo da escala”

“Para calcular a pontuação é necessário recodificar os valores das questões invertidas 3, 4 e 26 para (1=5), (2=4), (3=3), (4=2), (5=1). Para o cálculo da pontuação simples (4-20), é necessário somar os valores de cada questão, dividir pela quantidade de questões (Q) e multiplicar por 4. A pontuação simples pode ser convertida em uma escala de 0 (pior) a 100 (melhor) pontos, sendo quanto maior a pontuação melhor a percepção da qualidade de vida (Pedroso et al. Revista Brasileira de Qualidade de Vida. 2010): Escore geral: Pontuação simples (média aritmética simples)*4. Conversão para escala 0-100 (Pontuação simples -4)*(100/16) = Físico $[(Q3+4+10+15+16+17+18)/7]*4 = . 0-100$ = Relações sociais $[(Q20+21+22)/3]*4 = . 0-100$ = Psicológico $[(Q5+6+7+11+19+26)/6]*4 = . 0-100$ = Meio ambiente $[(Q8+9+12+13+14+23+24+25)/8]*4 = . 0-100$ ”

Anexo B

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE
participantes**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “ESTRESSE E SAÚDE MENTAL EM PACIENTES ONCOLÓGICAS DE CORUMBÁ-MS”, sob a coordenação do professor Dr. Pablo Cardoso de Souza.

Para participar desta pesquisa você precisa ler este termo e estando de acordo, clicar em “Sim, li com atenção e aceito participar”, caso não concorde e não queira participar, selecione “Não, li com atenção e não aceito participar”.

RECOMENDAMOS FORTEMENTE QUE GUARDE COM VOCÊ A CÓPIA DESTE TERMO QUE LHE SERÁ ENTREGUE. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte à responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que você tiver (ao final estão disponíveis contatos). Sua participação é voluntária, muito importante, mas não obrigatória. Ao participar da pesquisa, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo e em hipótese alguma, serão divulgados os resultados. As demais informações concedidas serão utilizadas somente para fins da pesquisa, estando os dados coletados disponíveis apenas para revisão do estudo e para publicações com propósitos científicos. Sua participação é livre, você terá o direito de recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo por isso e sem qualquer penalidade.

Para ficar claro, a finalidade e atividades da pesquisa é analisar os níveis de estresse bem como as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia de Corumbá (Unacon). O desenvolvimento deste estudo requer que você preencha alguns instrumentos em diferentes momentos da sua condição atual de saúde. A pesquisa será conduzida pelo professor e coordenador deste estudo Dr. Pablo Cardoso de Souza, durante o ano de 2025. Sendo que os encontros grupais ocorrerão em 2025 e serão gravados. Deste modo, caso aceite participar, você será convidado a fazer as atividades propostas no ano de 2025, sendo que você também será chamado/a (por meio dos contatos que fornecer) a responder questionários ao término do ano de 2025, tais atividades ocorrerão sempre no espaço fornecido pela Unacon. O agendamento para aplicação dos instrumentos será efetuado pelos pesquisadores e os horários podem ser flexibilizados para atender suas possibilidades.

Como todas as pesquisas, precisamos prever e informar Riscos e benefícios. Obedecendo aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme as Resoluções no. 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), como em toda pesquisa com seres humanos, é necessário rever riscos no estudo propondo estratégias para evitá-los e manejá-los. Como riscos, são previstos possíveis desconfortos causados pelos exercícios em grupo e risco mínimo do sigilo dos dados, já que existe a previsão de criação de banco de dados digitais e também impressos.

Como plano de contenção e/ou minoração do impacto do risco, em caso de algum mal-estar que não possa ser manejado no próprio grupo, você poderá deixar de participar, se assim desejar. Para garantir que os dados estejam protegidos em sigilo, todos os questionários e escalas (após terem seus dados tabulados), serão guardados nos arquivos do Laboratório de Análise Experimental do Comportamento (LAEC) e somente pessoas da equipe de pesquisa terão acesso a esses dados. Esta equipe está devidamente cadastrada e reconhecida institucionalmente. Também é preciso que saiba que não haverá nenhum tipo de despesa pessoal para a participação neste estudo. Assim também não haverá nenhum tipo de compensação financeira. Apesar de não haver nenhum benefício financeiro, alguns possíveis benefícios podem ocorrer em função das intervenções em grupo, pois podem propiciar a identificação de estratégias para a promoção da saúde em contextos diversos. Se, mesmo tendo sido tomados todos os cabíveis cuidados, for verificado algum dano de causa direta dos procedimentos deste estudo, com nexo causal comprovado, conforme Resolução CNS 466/12, a indenização será conferida na forma da lei.

Finalizada a pesquisa, espera-se também, que sejam produzidos textos para publicações científicas em periódicos especializados visando difundir o conhecimento desenvolvido.

Aceite: Declaro ter compreendido e sido informado a natureza e objetivo da pesquisa e livremente consinto em participar voluntariamente da mesma e autorizo a pesquisadora a realizar a gravação em áudio ou vídeo de minha participação sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Declaro que li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmei também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Declaro, ainda, ser maior de 18 anos.

Assinatura do participante

O coordenador desta pesquisa, declara ter disponibilizado as informações necessárias para compreensão do estudo pelo participante acima assinado, explicando-lhe a natureza e propósito da pesquisa. Além disso, respondendo todas as questões feitas. Declara, ainda, que serão mantidas em sigilo as informações pessoais coletadas na pesquisa.

Contatos: Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso ao pesquisador para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Neste caso, entre em contato:

- • Pablo Cardoso de Souza
- • E-mail: pablo.cardoso@ufms.br
- • Endereço: Av. Rio Branco, 1270 – Bloco H, Bairro Universitário, Corumbá - MS, 79304-902.

Para mais elucidações sobre procedimentos éticos, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos pelos seguintes meios: • • Telefone: (67) 3345-7187;

- • Site: <https://cep.ufms.br/>;
- • E-mail: cepconepp.proppp@ufms.br;
- • Site da plataforma brasil aplicação.saude.gov.br/plataformabrasil
- • Endereço Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação: av. Costa e Silva s/n, bairro Universitário, CEP 79070-900, Campo Grande - MS.

Anexo C

Questionário Geral Pré-Entrevista (QGPE)**1. Nome Completo:****2. Idade:****3. Nacionalidade:****4. Estado Civil:****5. Escolaridade:**

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- ensino superior incompleto
- ensino superior incompleto

6. Raça

- Preta
- Parda
- Branca
- Indígena
- Amarela

7. Possui Filhos?

- Sim
- Não

8. Ocupação:**9. Religião:****10. Tratamento**

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Mastectomia
- Hormonioterapia
- Cirurgia de reconstrução de mama

Outro:

11. A que você atribui a causa da sua situação de saúde?

12. Como você percebe a sua situação atual de saúde?

13. Qual é o seu grau de conhecimento sobre o seu tratamento?

14. Atualmente, como você descreve suas relações sociais/familiares?

15. Como você lida/enfrenta eventos estressores relacionados a sua relação familiar e social?

16. Quais recursos você utiliza como forma de superação dos problemas relatados nesta área?

17. O que mudou em sua vida profissional após o diagnóstico?

18. Como você lida com as múltiplas demandas (trabalho, casa, autocuidado, tratamento) durante esse processo?

Anexo D

Versão brasileira do Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ-7)
 (Validação brasileira: Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders & Oliveira, 2017)

Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência com que cada afirmação é verdadeira para você, indicando o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha:

Nunca verdadeira	Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	Às vezes verdadeira	Muitas vezes verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

1. Meus pensamentos me causam angústia ou sofrimento emocional.
2. Chego ao ponto de não conseguir fazer as coisas que eu mais desejo, de tanto que me deixo “levar” pelos meus pensamentos.
3. Eu analiso tanto as situações, que chega ao ponto em que esta análise passa a não ser mais útil para mim.
4. Eu vivo “lutando” com os meus pensamentos.
5. Fico chateado comigo mesmo por pensar certas coisas.
6. Eu tenho uma tendência a ficar muito envolvido/“ligado” aos meus pensamentos.
7. Mesmo sabendo que seria mais útil não me prender a pensamentos que me deixam chateado, fazer isso é uma “luta” para mim.

Anexo E

Questionário sobre a Saúde do(a) Paciente (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?

Marque uma opção por item:

() Nenhuma vez () Vários dias () Mais da metade dos dias () Quase todos os dias

2. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.

() Nenhuma vez () Vários dias () Mais da metade dos dias () Quase todos os dias

3. Sentir-se “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva.

() Nenhuma vez () Vários dias () Mais da metade dos dias () Quase todos os dias

4. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.

() Nenhuma vez () Vários dias () Mais da metade dos dias () Quase todos os dias

5. Sentir-se cansado(a) ou com pouca energia.

() Nenhuma vez () Vários dias () Mais da metade dos dias () Quase todos os dias

6. Falta de apetite ou comer demais.

() Nenhuma vez () Vários dias () Mais da metade dos dias () Quase todos os dias

7. Sentir-se mal consigo mesmo(a), sentir-se um fracasso ou achar que decepcionou sua família ou a si mesmo(a).

() Nenhuma vez () Vários dias () Mais da metade dos dias () Quase todos os dias

8. Dificuldade para se concentrar (como ler jornal ou assistir televisão).

() Nenhuma vez () Vários dias () Mais da metade dos dias () Quase todos os dias

9. Lentidão para se movimentar ou falar (a ponto de outras pessoas notarem) ou agitação/inquietação excessiva.

() Nenhuma vez () Vários dias () Mais da metade dos dias () Quase todos os dias

10. Pensamentos de se ferir ou achar que seria melhor estar morto(a).

() Nenhuma vez () Vários dias () Mais da metade dos dias () Quase todos os dias

Se você assinalou qualquer um dos problemas acima, indique o grau de dificuldade que eles causaram para: realizar seu trabalho, cuidar das tarefas em casa ou se relacionar com outras pessoas.

() Nenhuma dificuldade

() Alguma dificuldade

() Muita dificuldade

() Extrema dificuldade

Anexo F

WHOQOL-Bref - Questionário de Qualidade de Vida

Como você avaliaria sua qualidade de vida?

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

Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?

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

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

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

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

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

O quanto você aproveita a vida?

Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

O quanto você consegue se concentrar?

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

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

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

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Médio
- 4- Muito
- 5- Completamente

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

Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

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

Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

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

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

Quão bem você é capaz de se locomover?

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

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

Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

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

- 1-Nunca
- 2 Algumas vezes
- 3-Freqüentemente
- 4- Muito freqüentemente
- 5-Sempre

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

Anexo G

**Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos
(E3PO)**

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto as afirmações se encaixam em sua vida neste momento e marque o número correspondente. Use a escala abaixo para realizar a escolha:

- 0 = Nunca
 1 = Raramente
 2 = Às vezes
 3 = Quase sempre
 4 = Sempre

1. Me inspiro em outras pessoas que superaram a doença.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
2. Mantenho a calma para deixar meus familiares e amigos tranquilos.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
3. Aproveito os momentos bons da vida.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
4. Busco aprender lições com o adoecimento.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
5. Peço ajuda para as pessoas quando preciso.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
6. Identifico atividades que me fazem sentir bem.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
7. Faço tarefas para me manter ativo.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
8. Mudei meu estilo de vida para lidar melhor com a rotina do tratamento.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
9. Mantenho por perto pessoas que podem me ajudar.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
10. Procuro ficar acompanhado, com outras pessoas por perto.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
11. Busco informações sobre o meu tratamento com os profissionais de saúde.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
12. Faço de conta que não estou doente.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
13. Aprendo como o meu corpo funciona para cuidar melhor dele.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
14. Penso que os momentos mais difíceis do tratamento já passaram.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
15. Fico sozinho para fugir da cobrança que outras pessoas me fazem.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
16. Imagino o pior antes mesmo das coisas acontecerem.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
17. Fico pensando na doença o dia inteiro.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4
18. Choro quando passo por um momento difícil no tratamento.
 ()0 ()1 ()2 ()3 ()4

19. Levo para o lado pessoal os erros cometidos pelos profissionais de saúde.

()0 ()1 ()2 ()3 ()4

20. Escondo meus sentimentos para não deixar meus familiares tristes.

()0 ()1 ()2 ()3 ()4