



Universidade de Brasília - UnB

Instituto de Psicologia - IP

Departamento de Psicologia Clínica - PCL

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Estresse, depressão, ansiedade, alterações cognitivas, enfrentamento e adesão ao
tratamento em pessoas em tratamento de câncer**

Mariana de Carvalho Dantas Valle

Brasília

Maio de 2026



Universidade de Brasília - UnB

Instituto de Psicologia - IP

Departamento de Psicologia Clínica - PCL

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Estresse, depressão, ansiedade, alterações cognitivas, enfrentamento e adesão ao
tratamento em pessoas em tratamento de câncer**

Mariana de Carvalho Dantas Valle

Texto submetido para defesa de dissertação junto ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e
Cultura da Universidade de Brasília, como parte dos
requisitos necessários para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marina Kohlsdorf

Brasília

Maio de 2026

Estresse, depressão, ansiedade, alterações cognitivas, enfrentamento e adesão ao tratamento em pessoas em tratamento de câncer

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Marina Kohlsdorf
Universidade de Brasília (UnB)
Presidente da banca

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior
Universidade de Brasília (UnB)
Membro Titular

Prof.^a. Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss
Universidade Federal do Espírito Santos (UFES)
Membro Titular

Prof.^a. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl
Universidade de Brasília (UnB)
Membro Suplente

Dedico este estudo a Deus, que me sustenta, fortalece e capacita a seguir dia após dia, sendo minha fonte de fé e motivação. Dedico também a todas as pessoas que passaram por minha vida e que, de diferentes formas, me inspiram, me desafiam a pensar além da técnica e me ensinam, cotidianamente, sobre força em meio à dor e esperança em meio à incerteza. São essas experiências e encontros que me movem, todos os dias, a estudar, pesquisar e exercer minha profissão com responsabilidade e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à Universidade de Brasília (UnB) e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, pela oportunidade de formação e pelo compromisso com a construção de um conhecimento sensível e ético.

À minha orientadora, Profa. Dra. Marina Kohlsdorf, pela condução cuidadosa, pela escuta atenta e pelas contribuições fundamentais ao longo de todo o percurso. Sua orientação foi essencial não apenas para este trabalho, mas para a consolidação do meu olhar como pesquisadora.

Ao Hospital Universitário de Brasília, local onde esta pesquisa foi realizada, e a toda a equipe que, direta ou indiretamente, contribuiu para que este estudo acontecesse.

Aos participantes desta pesquisa, minha profunda gratidão. Em meio ao tratamento oncológico, compartilharam suas vivências, dores, medos e formas de enfrentamento. Cada relato carrega uma potência singular e foi fundamental para a construção deste trabalho.

À psico-oncologia, campo que escolhi e que, ao longo do tempo, também me escolheu. Foi no encontro com pacientes em contexto oncológico que aprendi, de forma profunda, sobre a finitude, a resiliência, o sofrimento e, sobretudo, sobre a potência da vida mesmo diante da doença. Este trabalho é, também, resultado desses encontros que atravessam a clínica e transformam quem escuta.

À minha família, pelo apoio incondicional, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo amor que sustenta.

Ao meu esposo, pela parceria, paciência e presença constante, sendo suporte essencial em todas as etapas dessa caminhada.

Aos amigos e colegas, pelas trocas, incentivo e por tornarem esse percurso mais leve.

Que este trabalho siga como um convite à escuta sensível diante da vida, mesmo quando atravessada pela doença.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar as relações entre sofrimento emocional, estratégias de enfrentamento, barreiras à adesão ao tratamento e cognição percebida em pessoas em tratamento oncológico com quimioterapia. Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza descritiva, com delineamento transversal e abordagem metodológica mista, integrando dados quantitativos e qualitativos. A amostra foi composta por 217 participantes em tratamento quimioterápico em um hospital público do Distrito Federal. Foram utilizados instrumentos padronizados para avaliação de enfrentamento (E3PO), barreiras à adesão, estresse, ansiedade e depressão (DASS-21) e cognição percebida (FACT-Cog), além de entrevista semiestruturada.

Os resultados evidenciaram níveis mais elevados de sofrimento emocional associados a maiores barreiras à adesão ao tratamento, maior impacto percebido das alterações cognitivas no cotidiano. Estratégias de enfrentamento adaptativas associaram-se a melhores indicadores de ajustamento psicológico e maior engajamento terapêutico, enquanto estratégias evitativas estiveram relacionadas à maior sofrimento e menor adesão. Alterações cognitivas percebidas mostraram-se relevantes para a compreensão do funcionamento psicológico, impactando a autonomia e a organização da rotina de tratamento.

Os dados qualitativos reforçaram a complexidade da experiência do adoecimento oncológico, destacando o papel do suporte social, da espiritualidade e das estratégias de enfrentamento na adaptação ao tratamento. Conclui-se que o sofrimento emocional, a cognição percebida e as estratégias de enfrentamento constituem variáveis centrais na adesão ao tratamento e na adaptação psicológica ao tratamento oncológico, evidenciando a importância de intervenções psicológicas integradas e baseadas no modelo biopsicossocial.

Palavras-chave: câncer; psico-oncologia; enfrentamento; adesão ao tratamento; cognição percebida.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the relationships between emotional distress, coping strategies, barriers to treatment adherence, and perceived cognition in individuals undergoing cancer treatment with chemotherapy. This was a descriptive, cross-sectional field study with a mixed-methods approach, integrating quantitative and qualitative data. The sample consisted of 217 participants receiving chemotherapy at a public hospital in the Federal District, Brazil. Standardized instruments were used to assess coping strategies (E3PO), barriers to adherence, stress, anxiety, and depression (DASS-21), as well as perceived cognition (FACT-Cog). In addition, semi-structured interviews were conducted.

The results indicated that higher levels of emotional distress were associated with greater barriers to treatment adherence and a greater perceived impact of cognitive changes on daily functioning. Adaptive coping strategies were associated with better psychological adjustment and greater therapeutic engagement, whereas avoidant coping strategies were related to higher levels of distress and lower adherence. Perceived cognitive changes emerged as an important factor in understanding psychological functioning, affecting autonomy and the organization of treatment routines.

Qualitative findings reinforced the complexity of the cancer experience, highlighting the role of social support, spirituality, and coping strategies in adaptation to treatment. The findings suggest that emotional distress, perceived cognition, and coping strategies are central variables in treatment adherence and psychological adaptation to cancer treatment, underscoring the importance of integrated psychological interventions based on the biopsychosocial model.

Keywords: cancer; psycho-oncology; coping; treatment adherence; perceived cognition.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	
43	
Tabela 2 – Distribuição dos diagnósticos oncológicos	
44	
Tabela 3 – Tipo de tratamento realizado	
45	
Tabela 4 – Finalidade do tratamento	
45	
Tabela 5 – Adoecimento psíquico dos participantes	
46	
Tabela 6 – Diferenças segundo o sexo	
49	
Tabela 7 – Correlações entre variáveis psicológicas.....	50
Tabela 8 – Associações entre variáveis sociodemográficas e psicológicas	
55	
Tabela 9 – Comparações entre grupos clínicos	
58	
Tabela 10 – Análise descritiva dos escores das escalas psicológicas	60
Tabela 11 – Alterações cognitivas percebidas	
63	

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychological Association

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DASS-21 – Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 itens

E3PO – Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos

FACT-Cog – Functional Assessment of Cancer Therapy – Cognitive Function

HUB – Hospital Universitário de Brasília

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IP – Instituto de Psicologia

PCL – Departamento de Psicologia Clínica

PPGPsiCC – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB – Universidade de Brasília

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 Estresse e enfrentamento (<i>coping</i>) no adoecimento oncológico	21
2.2 Ansiedade e depressão em indivíduos oncológicos	22
2.2.1 A ansiedade em pessoas com câncer.....	22
2.2.2 A depressão em pessoas com câncer.....	23
2.3 Adesão aos cuidados oncológicos e suas barreiras	24
2.3.1 A adesão aos cuidados oncológicos.....	25
2.3.2 Barreiras e facilitadores da adesão aos cuidados	26
2.4 Cognição percebida e quimioterapia.....	27
2.4.1 Domínios Cognitivos Afetados.....	28
2.4.2 Bases Neurobiológicas e Processos Subjacentes	29
2.5 Lacunas da literatura e contribuição do presente estudo.....	30

3. OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	30
3.1 Objetivo geral.....	30
3.2 Objetivos específicos.....	30
3.3 Hipóteses.....	31
4. MÉTODO.....	31
4.1 Delineamento do estudo.....	31
4.2 Contexto e local do estudo.....	31
4.3 Participantes.....	32
4.3.1 Caracterização da amostra.....	32
4.3.2 Critérios de inclusão.....	32
4.3.3 Critérios de exclusão.....	33
4.4 Instrumentos.....	33
4.4.1 Entrevista semiestruturada.....	33
4.4.2 Escala de Estratégias de Enfrentamento para Sujeitos Oncológicos (E3PO).....	33
4.4.3 Escala de Barreiras de Adesão ao Tratamento.....	34
4.4.5 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21).....	35
4.4.6 Functional Assessment of Cancer Therapy – Cognitive Function (FACT-Cog).....	36
4.5 Procedimentos de coleta de dados.....	37
4.6 Procedimentos de análise de dados.....	38

4.6.1 Análise quantitativa.....	38
4.6.2 Análise qualitativa.....	39
4.7 Considerações éticas.....	39
5. RESULTADOS.....	40
5.1. Dados sociodemográficos.....	40
5.2 Diagnóstico oncológico.....	42
5.3 Tipo de tratamento.....	42
5.4 Finalidade do tratamento.....	43
5.5 Adoecimento psíquico.....	43
5.6 Diferenças segundo o sexo.....	44
5.7 Diferenças segundo o tratamento e a procedência.....	46
5.8 Diferenças segundo a profissão.....	46
5.8.1 Diferenças segundo a escolaridade.....	50
5.8.2 Correlações entre variáveis quantitativas.....	51
5.9 Resultados da Entrevista.....	52
5.9.1 A experiência subjetiva do diagnóstico e do adoecimento.....	52
5.9.2 Demandas e desafios do tratamento oncológico.....	55
5.9.3 Recursos de enfrentamento e rede de apoio.....	58
5.9.4 Impactos cognitivos e funcionais associados ao tratamento.....	61

6. DISCUSSÃO.....	63
6.1 Principais achados.....	63
6.2 Sofrimento emocional no contexto do câncer.....	66
6.3 Diferenças de gênero no sofrimento emocional.....	68
6.4 Estratégias de enfrentamento.....	69
6.5 Barreiras à adesão aos cuidados.....	70
6.6 Alterações cognitivas percebidas.....	71
6.7 Impactos na rotina e funcionalidade.....	73
6.8 Experiência subjetiva do diagnóstico.....	74
6.9 Integração dos achados quantitativos e qualitativos.....	75
7. CONCLUSÃO.....	77
8. REFERÊNCIAS.....	79
9. ANEXOS.....	86
9.1 ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	86
9.2 ANEXO B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	89
9.3 ANEXO C - ESCALA DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS (E3PO).....	89
9.4 ANEXO D - ESCALA DE BARREIRAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO.....	93
9.5 ANEXO E - ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (DASS-21).....	98

9.6 ANEXO F - FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY-GENERAL (FACT-COG).....	99
9.7 ANEXO G - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....	108

1. INTRODUÇÃO

O câncer configura-se como um dos principais desafios de saúde pública contemporâneos, não apenas por sua elevada incidência e mortalidade, mas, também, pelos impactos significativos que provoca na vida dos indivíduos acometidos (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2023; World Health Organization, [WHO], 2023). A suspeita ou a confirmação de um diagnóstico oncológico está profundamente atravessada por significados socialmente construídos, frequentemente associados à ideia de finitude. Esse contexto mobiliza intensas reações emocionais, como medo, insegurança, choro recorrente e retraimento social, configurando um estado de fragilidade psíquica (Costa & Gomes, 2021; Danzmann et al., 2020).

Historicamente, o câncer foi concebido como uma enfermidade maligna e essencialmente incurável, frequentemente associada à ideia de fatalidade e à ausência de possibilidades terapêuticas eficazes (Silveira & Silva, 2024; WHO, 2023). Durante longos períodos, o conhecimento acerca de seus mecanismos etiológicos e de suas formas de tratamento mostrou-se limitado, o que restringia intervenções médicas capazes de alterar o curso clínico da doença (INCA, 2022). Nesse contexto, a elevada mortalidade e a incapacidade de prevenir o sofrimento consolidaram uma representação social do câncer como condição inevitável e incontornável (Costa & Gomes, 2021; Grassi & Riba, 2020). Embora grave, a doença não ocupava centralidade no debate público, sendo compreendida entre outras enfermidades associadas à dor e à morte em um cenário histórico marcado por recursos diagnósticos e terapêuticos incipientes (Silveira & Silva, 2024).

Com o avanço das investigações científicas e tecnológicas, crescente especificidade do espectro farmacológico e a ampliação do olhar para além da medicina, a compreensão do

câncer passou a incorporar perspectivas multifatoriais, considerando dimensões biológicas e socioculturais e espirituais (Grassi, 2020; Holland et al., 2015). Apesar dos progressos observados nas estratégias de prevenção primária, no diagnóstico precoce e nas modalidades terapêuticas imuno específicas, funções cognitivas percebidas, atenção e memória, os dados epidemiológicos atuais indicam crescimento expressivo dos casos, evidenciando que o câncer permanece como um importante problema de saúde pública (Costa, 2021; INCA, 2022; Silveira & Silva, 2024).

O adoecimento por câncer caracteriza-se como um fenômeno complexo e multidimensional, atravessado por dimensões biológicas, psicológicas, sociais e existenciais, o que exige modelos de cuidado que superem a lógica estritamente biomédica e considerem o sujeito em sua integralidade (Caruso & Breitbart, 2020; Grassi, 2020). As incertezas inerentes ao diagnóstico, ao prognóstico e às respostas ao tratamento produzem impactos adversos que extrapolam o curso da doença em si, incidindo sobre os modos de significação, enfrentamento, reorganização da vida cotidiana e planejamento de futuro (Carlson et al., 2021; Hulbert-Williams et al., 2021). As repercussões do câncer alcançam de maneira expressiva o funcionamento psicológico, cognitivo e social, afetando não apenas a pessoa em tratamento, mas, também, seus familiares e cuidadores, que passam a compartilhar as demandas adaptativas, os desafios impostos pelo adoecimento e o sofrimento psíquico decorrente (Costa, 2021; Ponte & Silva, 2022).

Do ponto de vista biológico, o câncer corresponde a um conjunto heterogêneo de mais de duzentas doenças (neoplasias) caracterizadas pela proliferação celular desordenada, decorrente de mutações genéticas que comprometem os mecanismos normais de regulação do ciclo celular (INCA, 2022; WHO, 2023). Essas alterações permitem que as células se multipliquem de forma descontrolada, invadam tecidos adjacentes e, em alguns casos, disseminem-se para órgãos distantes, configurando processos metastáticos e quadros clínicos de elevada complexidade sistêmica e variabilidade clínica (Silveira & Silva, 2024; WHO, 2023). Em termos etiológicos, trata-se de uma condição multifatorial resultante da interação entre fatores externos e internos (INCA, 2022; Silveira & Silva, 2024).

Entre os fatores externos destacam-se aqueles relacionados ao ambiente físico, ocupacional, social e aos hábitos de vida, enquanto os fatores internos envolvem predisposição

genética, alterações hormonais e condições do sistema imunológico (INCA, 2022; WHO, 2023). A maior parte dos casos está associada a exposições ambientais e comportamentais que atuam como agentes carcinogênicos ao promover alterações no DNA celular (INCA, 2022; WHO, 2023).

Embora a herança genética influencie a suscetibilidade individual, os casos exclusivamente hereditários são menos frequentes (WHO, 2023). Além disso, determinadas variações genéticas podem aumentar a vulnerabilidade de alguns indivíduos à ação dos carcinógenos ambientais (INCA, 2022; WHO, 2023). O envelhecimento também desempenha papel relevante nesse processo, pois o acúmulo, ao longo da vida, de exposições a fatores como tabagismo, radiação, poluentes ambientais, infecções, inflamações e substâncias químicas, somado às alterações celulares próprias da idade, contribui para o aumento do risco de desenvolvimento da doença (INCA, 2022).

Em razão dessa heterogeneidade biológica e clínica, o tratamento oncológico é cada vez mais individualizado e definido a partir de múltiplos critérios, como o tipo histológico, o estágio da doença, as condições clínicas do indivíduo e os objetivos terapêuticos estabelecidos (Caruso & Breitbart, 2020; WHO, 2023). As estratégias podem incluir cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, terapias-alvo ou imunoterapia, utilizadas de forma isolada ou combinada, conforme a indicação clínica e o plano terapêutico proposto (Hulbert-Williams et al., 2021; WHO, 2023). Além disso, o planejamento terapêutico considera aspectos prognósticos e a avaliação da relação risco-benefício, buscando maximizar a eficácia do tratamento e minimizar impactos funcionais e psicossociais (Caruso & Breitbart, 2020; Grassi, 2020).

A quimioterapia destaca-se como uma das principais estratégias terapêuticas no tratamento do câncer, sendo utilizada com diferentes finalidades: curativa, quando visa à erradicação da doença; adjuvante ou neoadjuvante, quando complementa outras intervenções; e paliativa, quando busca o controle da progressão tumoral e/ou alívio de sintomas (INCA, 2022; WHO, 2023). Trata-se de um tratamento sistêmico, administrado por via endovenosa ou oral, ou outra, cujo mecanismo de ação não se restringe às células tumorais, afetando também células saudáveis de rápida divisão (Caruso & Breitbart, 2020; WHO, 2023). Em decorrência disso, os indivíduos em tratamento frequentemente vivenciam efeitos colaterais significativos,

como fadiga, náuseas, dor, alterações do apetite, queda de cabelo e alterações cognitivas, que repercutem de forma ampla em seu funcionamento cotidiano e bem-estar psicológico (Ahles & Root, 2020; Lange et al., 2021; Ponte & Silva, 2022).

Para além dos efeitos físicos, o tratamento quimioterápico está associado a importantes repercussões psicológicas e sociais (Carlson et al., 2021; Caruso & Breitbart, 2020). Alterações na imagem corporal, mudanças nos papéis familiares e ocupacionais, afastamento do trabalho, perdas financeiras, maior dependência de cuidadores e restrições na rotina cotidiana são experiências frequentemente relatadas por pessoas em tratamento oncológico (Hulbert-Williams et al., 2021; Ponte & Silva, 2022). O adoecimento pode mobilizar angústia e vivências de luto antecipatório, aumentando o risco da expressão de categorias sintomatológicas de ansiedade, depressão e estresse ao longo do processo terapêutico (Pio & Andrade, 2020).

O adoecimento oncológico também pode mobilizar angústia e vivências de luto antecipatório, especialmente diante das mudanças impostas pelo tratamento e da ameaça à própria continuidade da vida (Caruso & Breitbart, 2020; Grassi, 2020). Nesse contexto, observa-se aumento do risco para o desenvolvimento de comorbidades relacionadas a transtornos de ansiedade, depressão e estresse ao longo do processo de adoecimento, o que evidencia a necessidade de intervenções psicológicas que favoreçam a elaboração emocional, a adaptação às novas condições e o fortalecimento de estratégias de enfrentamento (Hulbert-Williams et al., 2021; Pio & Andrade, 2020).

Diante desse cenário, torna-se necessário ampliar a compreensão sobre as manifestações psicológicas associadas ao câncer e aos seus tratamentos, especialmente no que se refere às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos. O curso do câncer envolve processo adaptativo contínuo, influenciado por características individuais, suporte social e demandas do sujeito em tratamento. O enfrentamento não ocorre de forma linear, variando ao longo das fases do tratamento (Grassi, 2020).

A Psico-oncologia constitui-se como um campo especializado da Psicologia da Saúde dedicado à compreensão e intervenção nos aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais relacionados ao câncer. Seu surgimento está associado à necessidade de ampliar o

olhar sobre o adoecimento oncológico para além da dimensão estritamente biomédica, reconhecendo que o diagnóstico e o tratamento impactam profundamente a subjetividade, as relações interpessoais e a funcionalidade de indivíduos e familiares. Nesse sentido, consolida-se como área que integra saberes e práticas voltadas à redução do sofrimento psíquico e à promoção de cuidado integral, fundamentado no modelo biopsicossocial (Alves & Menezes, 2025; Costa, 2021).

Historicamente, a psico-oncologia emerge a partir da constatação de que fatores psicológicos e comportamentais influenciam não apenas a forma como o indivíduo enfrenta o diagnóstico, mas, também, sua adaptação ao tratamento e à reabilitação. Inicialmente desenvolvida em centros especializados nos Estados Unidos da América, como o *Memorial Sloan Kettering Hospital*, a área ganhou espaço ao reconhecer que sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento emocional não eram adequadamente manejados apenas por intervenções farmacológicas. No Brasil, sua consolidação ocorreu gradativamente, acompanhando a expansão dos serviços oncológicos e o fortalecimento de uma perspectiva interdisciplinar no cuidado em saúde (Pio & Andrade, 2020).

Nesse cenário, a Psico-oncologia consolida-se como campo especializado voltado à compreensão e à intervenção sobre os impactos emocionais e psicossociais do câncer, contribuindo para uma prática assistencial mais ampla, integrada e humanizada. Ao reconhecer que viver uma experiência de tratamento de câncer envolve um processo adaptativo contínuo, influenciado por características individuais, suporte social e demandas impostas pelo tratamento, a área busca compreender como os indivíduos enfrentam as exigências e demandas da doença e quais fatores favorecem ou dificultam essa adaptação. O enfrentamento, nesse contexto, não ocorre de forma linear, variando ao longo das diferentes fases do tratamento e exigindo intervenções psicológicas contextualizadas (Alves & Menezes, 2025; Grassi, 2020).

A atuação do psicólogo em oncologia não se restringe ao atendimento individual do indivíduo, mas abrange familiares, cuidadores e, em determinados contextos, a própria equipe de saúde. No âmbito hospitalar, a inserção do psicólogo em equipes multiprofissionais encontra respaldo legal e normativo, reconhecendo sua importância na avaliação e acompanhamento das repercussões psíquicas do adoecimento e da hospitalização. A intervenção psicológica envolve acolhimento, mediação da comunicação entre indivíduo e equipe, manejo de reações

emocionais ao diagnóstico, suporte em acompanhamento em cuidados paliativos e de processos (vivenciais) de morte e morrer e (Alves & Menezes, 2025).

No Sistema Único de Saúde (SUS), o psicólogo assume papel estratégico na articulação entre indivíduo, família e equipe multiprofissional, colaborando para a adesão aos cuidados e para a compreensão das demandas psicossociais que atravessam o processo terapêutico. A atuação interdisciplinar mostra-se essencial, uma vez que o câncer implica desafios que extrapolam o corpo físico, envolvendo questões econômicas, familiares, ocupacionais e existenciais. Assim, o cuidado psicológico integra-se às demais práticas em saúde, compondo uma rede de suporte voltada à minimização do sofrimento e à promoção da qualidade de vida (Costa, 2021).

A literatura evidencia que a psico-oncologia desempenha papel central na identificação e no manejo de sintomas emocionais indicadores de estresse, ansiedade e depressão, frequentemente associados ao diagnóstico e às etapas do tratamento. Intervenções psicológicas contribuem para o fortalecimento da autonomia, para a ressignificação da experiência de adoecer e para a construção de estratégias de enfrentamento mais adaptativas (Silveira & Silva, 2024).

As intervenções psicológicas contribuem para o fortalecimento da autonomia, para a ressignificação da experiência de adoecer e para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas. A escuta qualificada possibilita ao indivíduo reorganizar expectativas, elaborar medos relacionados à progressão da doença e reconstruir projetos de vida compatíveis com sua condição clínica (Danzmann et al., 2020; Pio & Andrade, 2020).

Além do indivíduo, a Psico-oncologia reconhece o sistema familiar como parte integrante do processo terapêutico. O adoecimento de um membro da família pode provocar redistribuição de papéis, reorganização da rotina e intensificação de tensões emocionais, exigindo adaptação coletiva diante de incertezas e demandas assistenciais. O acompanhamento psicológico favorece a comunicação entre os membros da família e fortalece estratégias de enfrentamento compartilhadas (Costa, 2021; Grassi, 2020).

A avaliação psicológica constitui recurso central nesse contexto, permitindo a identificação sistemática de demandas emocionais, cognitivas e comportamentais que podem

interferir na adesão ao tratamento e no bem-estar do indivíduo. Instrumentos padronizados e entrevistas clínicas possibilitam avaliar estratégias de *coping*, níveis de estresse, sintomas de ansiedade e depressão, barreiras à adesão e indicadores de qualidade de cognição percebida e funcionamento psicológico. Evidências apontam que estratégias de enfrentamento mais adaptativas se associam a melhores indicadores de bem-estar psicológico e maior adesão terapêutica, enquanto estratégias desadaptativas relacionam-se a maior sofrimento emocional (Pereira et al., 2023; Valadão, 2021).

Entre as dimensões investigadas, destacam-se ainda as alterações cognitivas percebidas por indivíduos em tratamento quimioterápico, frequentemente descritas como *chemobrain* ou *chemofog*. Queixas relacionadas a dificuldades de atenção, memória e velocidade de processamento podem impactar significativamente o funcionamento cotidiano e a autonomia. Embora nem sempre correspondam a déficits objetivos em avaliações neuropsicológicas formais, tais alterações influenciam a percepção de si e a experiência subjetiva do adoecimento (Pedras et al., 2022).

Diante dessas múltiplas dimensões - emocionais, cognitivas, comportamentais e sociais - a Psico-oncologia reafirma-se como área essencial na promoção do cuidado integral, fundamentada em modelos biopsicossociais que reconhecem a interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais no processo de adoecimento. Nesse modelo, o câncer é compreendido não apenas como condição orgânica, mas como experiência subjetiva atravessada por significados, crenças, valores e expectativas em relação à vida e à finitude (Campos et al., 2021).

Considerando esse panorama, torna-se fundamental a realização de estudos que integrem a avaliação de aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais no contexto do tratamento quimioterápico, especialmente em momentos críticos de adaptação. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar, de forma integrada, estratégias de enfrentamento da doença, barreiras à adesão aos cuidados, níveis de estresse, ansiedade e depressão e funções cognitivas percebidas de atenção e memória em pessoas com câncer submetidas à quimioterapia endovenosa, no início do tratamento. Ao utilizar instrumentos padronizados e abordagem metodológica mista, buscou-se ampliar a compreensão da experiência psicológica vivenciada nesse período.

Ao compreender de maneira mais aprofundada como essas pessoas percebem e vivenciam o tratamento, este estudo pretende fortalecer o reconhecimento da atuação do psicólogo no contexto hospitalar e ambulatorial e contribuir para a construção de planos de cuidado mais sensíveis às necessidades subjetivas dos indivíduos em tratamento oncológico e alinhados aos princípios da assistência integral à saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estresse e enfrentamento (*coping*) no adoecimento oncológico

Na literatura contemporânea, o estresse é compreendido como um processo psicobiológico resultante da interação entre fatores ambientais, avaliações cognitivas e respostas neurofisiológicas (Russell & Lightman, 2020; Slavich, 2020). No contexto do câncer, esse processo é intensificado pela exposição às demandas impostas pelo diagnóstico e tratamento, sendo frequentemente associado a elevados níveis de sofrimento psicológico.

Evidências recentes indicam alta prevalência de categorias sintomatológicas de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos, variando conforme características clínicas e sociodemográficas (Carlson et al., 2021; Caruso & Breitbart, 2020). Além disso, o estresse tende a se manter ao longo do tratamento, especialmente diante de incertezas prognósticas, efeitos colaterais e possibilidade de recidiva, podendo persistir mesmo após a conclusão terapêutica (Hagger et al., 2020; Hulbert-Williams et al., 2021).

Nesse contexto, fatores como suporte social, estratégias de enfrentamento e qualidade da comunicação com a equipe de saúde modulam significativamente a experiência de estresse, sendo alvos importantes de intervenções psicológicas baseadas em evidências (Carlson et al., 2021; Grassi, 2020).

O *coping*, ou enfrentamento, refere-se a esforços cognitivos e comportamentais mobilizados para lidar com demandas avaliadas como excessivas ou desafiadoras (Lazarus & Folkman, 1984). Pesquisas recentes ampliam essa compreensão ao incluir dimensões como flexibilidade psicológica e regulação emocional, destacando que a eficácia das estratégias depende do contexto e da capacidade de adaptação (Compas et al., 2021; Schäfer et al., 2022).

No contexto oncológico, estratégias de enfrentamento adaptativas - como *coping* ativo, aceitação, reestruturação cognitiva e busca de apoio social - associam-se a melhor funcionalidade e menor sintomatologia depressiva (Ye et al., 2022; Zhang et al., 2021). Da mesma forma, características como otimismo e esperança contribuem para melhor ajustamento psicossocial (Omari et al., 2022).

Por outro lado, estratégias evitativas, desesperança e supressão emocional estão relacionadas à maior sofrimento psicológico e menor adesão ao tratamento (Bishay et al., 2022; Bours et al., 2020). Evidências também apontam o papel do crescimento pós-traumático e da construção de significado como fatores associados à adaptação positiva ao adoecimento (Casellas-Grau et al., 2021; Wang et al., 2023).

Modelos contemporâneos indicam que o *coping* atua como mediador entre estressores relacionados à doença e desfechos como ajustamento psicológico, saúde mental e adesão ao tratamento. Intervenções psicológicas focadas em regulação emocional e reestruturação cognitiva têm demonstrado eficácia na redução do estresse e no fortalecimento do engajamento terapêutico (Hulbert-Williams et al., 2021; Zhou et al., 2020).

2.2 Ansiedade e depressão em indivíduos oncológicos

2.2.1 A ansiedade em pessoas com câncer

Categorias sintomatológicas de ansiedade e depressão são frequentemente observados em pessoas com câncer, com prevalências superiores às encontradas na população geral. A literatura aponta que a manifestação desses sintomas pode variar ao longo do tratamento, sendo particularmente intensos no período inicial, após o diagnóstico, e em fases de maior toxicidade do tratamento (Pio & Andrade, 2020).

Meta-análises recentes apontam que a ansiedade clinicamente significativa pode acometer uma parcela expressiva de indivíduos oncológicos, variando conforme tipo de tumor, estágio da doença e contexto sociodemográfico (especialmente a percepção construída sobre a doença e suas implicações ao curso de vida). A presença desses sintomas está associada à maior impacto percebido das alterações cognitivas, menor adesão ao tratamento e maior sofrimento subjetivo (Niedzwiedz et al., 2021).

A ansiedade é compreendida como um estado fisiológico e emocional caracterizado por apreensão, tensão e preocupação diante de situações percebidas como ameaçadoras ou incertas. Do ponto de vista psicopatológico, diferencia-se a ansiedade adaptativa - que pode mobilizar respostas protetivas e planejamento - dos transtornos de ansiedade, nos quais a intensidade, persistência ou desproporcionalidade da resposta compromete o funcionamento global do indivíduo (American Psychological Association [APA], 2020). Em contextos de adoecimento grave, como o câncer, a ansiedade frequentemente emerge como resposta inicial ao diagnóstico, podendo se manter ao longo do tratamento, dependendo da percepção de ameaça, dos recursos de enfrentamento disponíveis e do suporte social disponível e aproveitado (Niedzwiedz et al., 2021).

As categorias sintomatológicas indicadoras de transtornos de ansiedade, no tratamento do câncer, frequentemente, incluem medo da progressão da doença, receio de efeitos colaterais desconfortáveis ou debilitantes, preocupação com dor, incertezas quanto à eficácia terapêutica, medo da morte e apreensão sobre impactos familiares e ocupacionais adversos. A chamada *fear of cancer recurrence* (FCR) é descrita como uma das manifestações mais comuns de ansiedade em sobreviventes e pacientes em tratamento ativo, estando associada a sofrimento persistente e maior busca e uso de serviços de saúde (Lebel et al., 2020).

Além do sofrimento subjetivo, a ansiedade em oncologia apresenta repercussões funcionais importantes. Estudos recentes demonstram associação entre níveis elevados de ansiedade, distúrbios do sono, maior percepção de fadiga e dificuldades de concentração, o que pode comprometer a adesão às recomendações médicas e o engajamento no autocuidado (Caruso et al., 2020; Hulbert-Williams et al., 2021).

Do ponto de vista psicobiológico, estudos sugerem que a ativação prolongada de sistemas de estresse - incluindo o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e processos inflamatórios - pode contribuir para manutenção da sintomatologia ansiosa disfuncional, especialmente quando associada a dor e efeitos colaterais do tratamento (Russell & Lightman, 2020; Slavich, 2020).

2.2.2 A depressão em pessoas com câncer

A depressão é caracterizada pelo estado de humor deprimido persistente, anedonia, alterações no sono e apetite, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva e, em casos mais graves, ideação suicida. Conforme critérios diagnósticos atuais, o transtorno depressivo maior implica comprometimento clinicamente significativo do funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas relevantes da vida (APA, 2020). Em contextos de doença crônica, a distinção entre tristeza reativa e episódio depressivo maior exige avaliação clínica cuidadosa, considerando a sobreposição entre sintomas somáticos da depressão e efeitos do tratamento oncológico (Caruso et al., 2020).

A literatura indica que pessoas com câncer apresentam prevalência significativamente maior de sintomas depressivos quando comparadas à população geral, especialmente durante tratamento ativo e em estágios avançados da doença. Revisões sistemáticas apontam que a depressão em oncologia está associada ao pior funcionamento físico/corporal, maior intensidade de dor, maior fadiga e maior comprometimento funcional (Niedzwiedz et al., 2021).

Fatores biológicos e psicossociais interagem na etiologia da depressão em indivíduos oncológicos. Processos inflamatórios sistêmicos, alterações hormonais induzidas por quimioterapia e imunoterapia, além de mudanças neuroquímicas associadas ao estresse crônico, são apontados como mecanismos biológicos relevantes. Paralelamente, perdas simbólicas e concretas - como alterações na imagem corporal, interrupção de projetos de vida, afastamento laboral e crescente dependência de cuidadores - contribuem para sentimentos de desesperança e desamparo (Grassi et al., 2020, Slavich, 2020).

A relação entre câncer e depressão é descrita como bidirecional. Enquanto o diagnóstico e o tratamento podem precipitar episódios depressivos, a presença de depressão associa-se à menor adesão terapêutica, maior tempo de hospitalização e, possivelmente, piores desfechos clínicos, incluindo sobrevida reduzida em determinados contextos (Bours et al., 2020; Caruso et al., 2020).

Do ponto de vista assistencial, diretrizes contemporâneas recomendam rastreio sistemático de sofrimento psicológico em serviços oncológicos, reconhecendo que a

identificação precoce e o encaminhamento para intervenções psicológicas baseadas em evidências - como Terapia Cognitivo-Comportamental e intervenções baseadas em *mindfulness* - contribuem significativamente para redução de sintomas depressivos e melhora da qualidade de vida (Carlson & Bultz, 2021; Hulbert-Williams et al., 2021).

2.3 Adesão aos cuidados oncológicos e suas barreiras

2.3.1 A adesão aos cuidados oncológicos

A adesão ao tratamento constitui um construto fundamental na literatura em saúde, especialmente no contexto das doenças crônicas e potencialmente ameaçadoras à vida, como o câncer, nas quais a continuidade e a regularidade do cuidado são determinantes para os desfechos clínicos e a adaptação ao tratamento (Gater et al., 2021; Greer et al., 2020; WHO, 2023).

A adesão refere-se ao grau em que os comportamentos relacionados à saúde - incluindo uso correto de medicação, comparecimento às consultas, realização de exames, seguimento de recomendações dietéticas e adoção de condutas de autocuidado - estão alinhados às recomendações estabelecidas de forma compartilhada entre indivíduo e equipe multiprofissional. Diferentemente da noção tradicional de paciente, associada a uma postura passiva de obediência, a compreensão contemporânea enfatiza o caráter ativo, colaborativo e deliberado da adesão, reconhecendo a autonomia do indivíduo e o processo de tomada de decisão informada como elementos centrais (Greer et al., 2020; WHO, 2023;).

No campo da oncologia, a adesão assume campos particularmente complexos. Os tratamentos frequentemente envolvem regimes terapêuticos prolongados, múltiplas modalidades (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia), monitoramento contínuo e manejo de efeitos adversos potencialmente debilitantes. Além disso, o impacto emocional do diagnóstico pode influenciar significativamente a capacidade do indivíduo de compreender, organizar e sustentar comportamentos de saúde ao longo do tempo (Bours et al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe um modelo multidimensional para compreensão da adesão, estruturado em cinco categorias de fatores inter-relacionados: (1)

fatores socioeconômicos, (2) fatores relacionados à condição clínica, (3) fatores associados ao tratamento, (4) fatores do sistema de saúde e (5) fatores individuais. Essa abordagem amplia a análise para além da responsabilidade exclusiva do sujeito, reconhecendo que a adesão é um fenômeno sistêmico e contextual (WHO, 2023).

Fatores socioeconômicos, como renda, escolaridade e acesso a serviços especializados, podem limitar o comparecimento regular a consultas e a continuidade terapêutica. Fatores ligados a dimensões da doença - como gravidade, sintomatologia intensa e duração prolongada do tratamento - também influenciam o engajamento. Já aspectos relacionados ao regime terapêutico, como complexidade do protocolo de tratamento, duração extensa e efeitos colaterais, configuram entre os principais determinantes da não adesão, sobretudo em terapias orais oncológicas (Gater et al., 2021).

Por fim, fatores individuais, como crenças sobre a doença, percepção de benefício do tratamento, estado emocional e estratégias de enfrentamento, desempenham papel decisivo. A literatura destaca que o sofrimento psicológico elevado - especialmente ansiedade e depressão - pode comprometer motivação, energia e capacidade de organização, impactando diretamente a expressão dos comportamentos de saúde (Bishay et al., 2022; Caruso et al., 2020).

A não adesão no contexto oncológico associa-se a consequências clínicas relevantes, incluindo pior resposta terapêutica, maior risco de progressão da doença, aumento de hospitalizações e elevação de custos assistenciais. Dessa forma, a adesão não constitui apenas variável comportamental, mas componente essencial da eficácia do tratamento e da qualidade do cuidado em oncologia (Greer et al., 2020).

2.3.2 Barreiras e facilitadores da adesão aos cuidados

A adesão ao tratamento oncológico é compreendida como um fenômeno multidimensional, influenciado pela interação entre fatores individuais, clínicos e contextuais (WHO, 2023). Nesse contexto, o engajamento terapêutico resulta não apenas de características do paciente, mas também das condições do tratamento, do sistema de saúde e de variáveis psicológicas.

Evidências recentes indicam que o sofrimento psicológico constitui uma das principais barreiras à adesão à oncologia. Sintomas de ansiedade podem favorecer comportamentos de evitação, enquanto sintomas depressivos estão associados à redução de motivação, energia e participação ativa no cuidado (Bishay et al., 2022). Além disso, a presença de humor deprimido pode comprometer funções cognitivas como planejamento e memória, aumentando o risco de esquecimento e descontinuidade terapêutica (DiMatteo et al., 2021).

Alterações cognitivas associadas ao tratamento oncológico, como prejuízos em memória, atenção e funções executivas, também impactam negativamente a adesão, especialmente em regimes terapêuticos complexos (Caruso et al., 2020). Quando combinadas com sintomas físicos, como fadiga e dor, essas dificuldades podem reduzir significativamente a capacidade funcional do paciente.

Aspectos relacionados ao próprio tratamento, como esquemas complexos, duração prolongada e efeitos colaterais intensos, também são apontados como preditores importantes de interrupção terapêutica (Gater et al., 2021; Greer et al., 2020). Paralelamente, fatores estruturais - como dificuldades de acesso aos serviços, limitações financeiras e falhas na comunicação com a equipe de saúde - podem comprometer o vínculo terapêutico e reduzir o engajamento no cuidado (Greer et al., 2020).

Por outro lado, o suporte social tem sido descrito como um dos principais fatores protetivos, associado a maior continuidade do tratamento e melhor organização do cuidado (Bours et al., 2020). Da mesma forma, estratégias adaptativas de enfrentamento, como resolução de problemas, aceitação e busca de apoio, favorecem maior adesão, enquanto estratégias evitativas estão relacionadas à descontinuidade terapêutica (Bishay et al., 2022).

Intervenções psicológicas baseadas em evidências, especialmente aquelas fundamentadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), têm demonstrado eficácia na redução do sofrimento emocional e no fortalecimento do engajamento terapêutico (Greer et al., 2020; Hulbert-Williams et al., 2021).

Dessa forma, a adesão ao tratamento oncológico deve ser compreendida como um processo dinâmico e multifatorial, cuja promoção exige intervenções integradas que

considerem simultaneamente aspectos emocionais, cognitivos, sociais e estruturais (WHO, 2023).

2.4 Cognição percebida e quimioterapia

Alterações cognitivas associadas ao câncer têm sido amplamente descritas na literatura contemporânea como um fenômeno multifatorial que pode ocorrer antes, durante e após o tratamento oncológico. O termo popularmente conhecido como “*chemo brain*” ou “névoa quimioterápica” refere-se a um conjunto de mudanças cognitivas, frequentemente sutis, relatadas por sujeitos quando submetidos à quimioterapia. Embora não configurem um quadro demencial, essas alterações envolvem prejuízos em domínios como atenção, memória e velocidade de processamento, impactando o funcionamento cotidiano (Janelins et al., 2020; Lange et al., 2021).

Mais recentemente, a literatura tem se diferenciado entre cognição objetiva, avaliada por testes neuropsicológicos padronizados, e cognição percebida, que corresponde à experiência subjetiva de declínio cognitivo relatada pelo indivíduo. Estudos indicam que a percepção de dificuldades cognitivas pode não coincidir integralmente com resultados objetivos, sendo frequentemente influenciada por fatores emocionais, fadiga e estresse. Essa distinção é particularmente relevante em psico-oncologia, pois a cognição percebida apresenta forte associação com funcionalidade percebida e sofrimento psicológico, independentemente do desempenho neuropsicológico formal (Bray et al., 2022; Vardy et al., 2021).

Além disso, evidências sugerem que alterações cognitivas podem estar presentes já no momento do diagnóstico, antes mesmo do início da quimioterapia, o que aponta para a influência de fatores relacionados à própria doença, ao estresse do diagnóstico e a processos inflamatórios sistêmicos (Ahles & Root, 2020). Assim, o conceito de disfunção cognitiva associada ao câncer ultrapassa a toxicidade exclusiva da quimioterapia, sendo atualmente compreendido como um fenômeno biopsicossocial complexo.

2.4.1 Domínios Cognitivos Afetados

Os domínios cognitivos mais frequentemente relatados como comprometidos incluem memória de trabalho, memória verbal, atenção sustentada, velocidade de processamento e

funções executivas. Déficits em memória de trabalho podem dificultar a retenção e manipulação de informações, prejudicando a compreensão de orientações médicas e a organização de tarefas cotidianas. Alterações na atenção sustentada comprometem a capacidade de manter concentração em atividades prolongadas, enquanto a redução da velocidade de processamento impacta a eficiência e o tempo de resposta em tarefas diárias (Janelins et al., 2020; Lange et al., 2021).

As funções executivas - que englobam planejamento, tomada de decisão, flexibilidade cognitiva e capacidade de realizar múltiplas tarefas - também podem ser afetadas. Tais prejuízos têm implicações diretas na gestão do tratamento, incluindo organização de horários de medicação, comparecimento a consultas e monitoramento de sintomas (Bray et al., 2022). Importante destacar que, embora muitos déficits sejam classificados como leves a moderados em termos objetivos, sua repercussão subjetiva pode ser significativa. Indivíduos em tratamento frequentemente relatam sensação de “lentidão mental”, dificuldade para encontrar palavras e esquecimento de compromissos, o que pode gerar insegurança e frustração. Assim, mesmo alterações discretas podem impactar a adesão ao tratamento e a percepção de autonomia (Vardy et al., 2021).

2.4.2 Bases Neurobiológicas e Processos Subjacentes

Os mecanismos subjacentes à disfunção cognitiva associada ao câncer são objeto de investigação contínua. Entre as hipóteses mais estudadas destaca-se a inflamação sistêmica induzida tanto pelo tumor quanto pelo tratamento, capaz de alterar neurotransmissão e circuitos neurais relacionados à memória e atenção. Citocinas pró-inflamatórias podem atravessar a barreira hematoencefálica ou alterar sua permeabilidade, contribuindo para disfunções cognitivas (Ahles & Root, 2020).

O estresse oxidativo decorrente da toxicidade medicamentosa também tem sido apontado como fator relevante, uma vez que pode provocar danos celular e alterar plasticidade neuronal. Alterações na barreira hematoencefálica podem facilitar a exposição do cérebro a substâncias potencialmente neurotóxicas presentes em determinados esquemas quimioterápicos (Lange et al., 2021).

Alterações hormonais, especialmente em tratamentos que envolvem bloqueio hormonal, também parecem influenciar processos cognitivos, particularmente memória verbal e funções executivas. Ademais, fatores genéticos podem modular a vulnerabilidade individual, explicando por que nem todos os sujeitos desenvolvem queixas cognitivas significativas (Ahles & Root, 2020).

A literatura enfatiza que esses mecanismos biológicos interagem com fatores psicológicos, como ansiedade, depressão e estresse crônico, os quais podem exacerbar a percepção de declínio cognitivo. Assim, a disfunção cognitiva associada ao câncer deve ser compreendida como resultado da interação entre processos neurobiológicos e emocionais (Bray et al., 2022).

2.5 Lacunas da literatura e contribuição do presente estudo

Apesar do avanço das pesquisas em psico-oncologia, ainda são limitados os estudos que integrem, de forma sistemática, a avaliação de enfrentamento, sofrimento emocional, adesão ao tratamento e cognição percebida em pessoas com câncer no início do tratamento quimioterápico. Muitas investigações concentram-se em desfechos isolados ou privilegiam apenas uma dimensão da experiência do adoecimento, o que restringe a compreensão do funcionamento psicológico de forma integrada nesse momento crítico do tratamento.

Diante dessa lacuna, o presente estudo propôs uma avaliação psicológica integrada, utilizando instrumentos validados e uma abordagem metodológica mista, com o objetivo de contribuir para a compreensão do funcionamento psicológico de pessoas em início de tratamento quimioterápico. Ao articular dados quantitativos e qualitativos, busca-se ampliar o entendimento sobre os processos adaptativos envolvidos no adoecimento oncológico e fornecer subsídios para o aprimoramento das práticas de avaliação e intervenção em psico-oncologia.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESES

3.1 Objetivo geral

Avaliar estratégias de enfrentamento do processo de adoecimento, barreiras à adesão aos cuidados, níveis de estresse, ansiedade e depressão e funções cognitivas percebidas (atenção e memória) em pessoas com câncer durante o tratamento quimioterápico endovenoso.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar associações entre estresse, estratégias de enfrentamento (*coping*), barreiras à adesão aos cuidados e cognição percebida em pessoas com câncer durante o tratamento quimioterápico.
- Analisar associações entre características sociodemográficas e clínicas dos participantes e as variáveis psicológicas investigadas, incluindo estresse, *coping*, barreiras à adesão e cognição percebida.
- Compreender, por meio de entrevistas semiestruturadas, a experiência subjetiva de pessoas durante o tratamento quimioterápico, investigando percepções sobre o diagnóstico, impactos na rotina, estratégias de enfrentamento, suporte social e percepção de alterações emocionais e cognitivas.

3.3 Hipóteses

Considerando a literatura sobre o impacto psicológico do câncer e do tratamento quimioterápico, este estudo partiu da hipótese de que níveis mais elevados de estresse, ansiedade e depressão estariam associados a maiores barreiras à adesão aos cuidados e a maior impacto percebido das alterações cognitivas no cotidiano. Partiu-se, também, da hipótese de que estratégias de enfrentamento mais adaptativas estariam associadas a menores níveis de sofrimento emocional, menor percepção de barreiras à adesão ao tratamento e melhores indicadores de cognição percebida. Além disso, considerou-se a hipótese de que características sociodemográficas e clínicas estariam associadas aos escores psicológicos avaliados, indicando perfis de maior vulnerabilidade psicológica no início do tratamento quimioterápico.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa de campo, de natureza descritiva, com delineamento transversal e abordagem metodológica mista, integrando dados quantitativos e qualitativos. A coleta de dados foi realizada em um único momento, durante o tratamento quimioterápico endovenoso, com o objetivo de avaliar o funcionamento psicológico de pessoas com câncer.

4.2 Contexto e local do estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de Brasília (HUB), instituição pública vinculada à Universidade de Brasília (UnB), integrante da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O HUB oferece atendimento ambulatorial e hospitalar, incluindo assistência oncológica e administração de quimioterapia endovenosa, constituindo-se como cenário relevante para a investigação dos impactos psicológicos do tratamento oncológico (Hospital Universitário de Brasília [HUB], 2024).

4.3 Participantes

4.3.1 Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 249 pessoas adultas em tratamento oncológico, submetidas à quimioterapia endovenosa. Todos os indivíduos encontravam-se em tratamento quimioterápico no momento da coleta de dados, a qual foi realizada em um único momento.

O número final de participantes foi de 217 indivíduos, correspondendo àqueles que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos e que consentiram em participar da pesquisa. As perdas amostrais ocorreram nos casos em que os participantes optaram por desistir da participação, apresentaram mal-estar físico ou emocional no momento da aplicação dos instrumentos, impossibilitando a continuidade da coleta de dados, bem como nos casos em que houve preenchimento incompleto dos instrumentos, o que inviabilizou a inclusão dessas respostas nas análises estatísticas.

4.3.2 Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo pessoas com idade entre 18 e 75 anos, com diagnóstico confirmado de câncer sólido e/ou hematológico, independentemente do tipo, que se encontravam em tratamento quimioterápico endovenoso no período da coleta de dados e eram atendidas pelo Hospital Universitário de Brasília. A idade mínima de 18 anos foi estabelecida por se tratar de pesquisa com adultos, garantindo autonomia legal para consentimento dos participantes. O limite superior de 75 anos foi definido com o objetivo de reduzir possíveis efeitos de declínio cognitivo associado ao envelhecimento avançado, que poderia atuar como variável interveniente nas análises envolvendo cognição percebida e sofrimento psicológico.

Foram incluídos participantes que já haviam iniciado o tratamento quimioterápico, independentemente do número de ciclos realizados, desde que estivessem em acompanhamento ativo no momento da coleta. Esse critério foi adotado considerando que a vivência do tratamento - incluindo seus efeitos físicos e emocionais - constitui condição central para a investigação das variáveis estudadas, como estresse, ansiedade, depressão, alterações cognitivas percebidas e adesão aos cuidados.

Os participantes apresentavam condições cognitivas e emocionais preservadas para responder aos instrumentos e participar da entrevista, conforme avaliação clínica inicial realizada pela pesquisadora. Todos concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado no Anexo 1.

4.3.3 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo pessoas com idade inferior a 18 anos ou superior a 75 anos, indivíduos sem diagnóstico oncológico confirmado e aqueles cujo tratamento fosse realizado em instituições distintas do Hospital Universitário de Brasília. Também foram excluídos sujeitos que apresentassem condições psiquiátricas graves, previamente diagnosticadas, que comprometessem, de forma significativa, a compreensão dos instrumentos ou a participação na entrevista, bem como aqueles que recusaram participar da pesquisa ou não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 Instrumentos

4.4.1 Entrevista semiestruturada

Foi utilizada uma entrevista semiestruturada, elaborada pela pesquisadora, com o objetivo de investigar a percepção da experiência subjetiva do adoecimento e do tratamento quimioterápico. A entrevista contemplou questões relacionadas ao impacto do diagnóstico, às mudanças percebidas na rotina, às estratégias de enfrentamento, ao suporte social, às preocupações com o tratamento e à percepção de alterações cognitivas, como atenção e memória.

As entrevistas foram conduzidas e registradas pela pesquisadora, com o consentimento dos participantes, garantindo-se o sigilo das informações e a confidencialidade dos dados obtidos. Os registros foram utilizados exclusivamente para fins de pesquisa, respeitando os princípios éticos e assegurando a proteção da identidade dos sujeitos.

4.4.2 Escala de Estratégias de Enfrentamento para Sujeitos Oncológicos (E3PO)

A Escala de Estratégias de Enfrentamento para Sujeitos Oncológicos (E3PO), desenvolvida por Pereira, Sá, Silva e Santos (2023), foi utilizada para avaliar as estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas em tratamento oncológico frente às demandas impostas pelo adoecimento e pelo tratamento quimioterápico. O instrumento é composto por 20 itens, respondidos em escala do tipo Likert de cinco pontos, que varia de 0 (“nunca”) a 4 (“sempre”), permitindo mensurar a frequência com que pensamentos, emoções e comportamentos de enfrentamento são utilizados. A E3PO contempla estratégias adaptativas, como busca de apoio social, aceitação e reorganização da rotina, bem como estratégias menos adaptativas, como ruminação, evitação e isolamento, possibilitando uma compreensão ampliada do modo como o indivíduo lida com o adoecimento oncológico (Pereira et al., 2023).

Estudos nacionais de desenvolvimento e validação indicam que a E3PO apresenta adequados índices de consistência interna e validade de construto, demonstrando ser psicometricamente robusta e sensível às especificidades do contexto oncológico. A análise fatorial exploratória identificou uma estrutura de 20 itens distribuídos em dois fatores — *Engajamento no Tratamento* e *Reações Emocionais* - que explicam 36,05 % da variância total. O fator *Engajamento no Tratamento*, composto por 14 itens, apresentou alta confiabilidade composta ($\alpha = 0,83$), enquanto o fator *Reações Emocionais*, com seis itens, também apresentou

confiabilidade considerada satisfatória ($\alpha = 0,75$), indicando consistência interna adequada para grupos de enfrentamento distintos e coerentes teoricamente. Esses índices evidenciam que a E3PO é apropriada tanto para uso em pesquisas científicas quanto para subsidiar a avaliação de intervenções psicológicas voltadas para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das estratégias de enfrentamento em pacientes oncológicos (Pereira et al., 2023).

4.4.3 Escala de Barreiras de Adesão ao Tratamento

A Escala de Barreiras de Adesão ao Tratamento foi utilizada com o objetivo de identificar fatores que dificultam ou interferem na adesão aos cuidados de saúde por parte de pessoas em tratamento oncológico. A Escala de Barreiras de Adesão ao Tratamento, adaptada e validada para o contexto brasileiro por Souza e Kohlsdorf (2017), é composta por 68 itens, respondidos em uma escala do tipo Likert de seis pontos, que varia de 0 (“não se aplica à minha condição de saúde”) a 5 (“totalmente difícil”), permitindo mensurar o grau de dificuldade percebida em diferentes aspectos do tratamento.

A estrutura do instrumento contempla múltiplas dimensões relacionadas à adesão, incluindo fatores individuais, emocionais, cognitivos, relacionais e contextuais, refletindo a compreensão contemporânea de que a adesão constitui fenômeno multifatorial e dinâmico, influenciado por variáveis pessoais e estruturais (Souza & Kohlsdorf, 2017; WHO, 2023).

Estudos de desenvolvimento e validação da escala indicam propriedades psicométricas adequadas, com bons índices de consistência interna e evidências de validade de construto, demonstrando sua utilidade para a avaliação de barreiras à adesão em diferentes contextos clínicos (Souza & Kohlsdorf, 2017). Além disso, a literatura contemporânea reforça que instrumentos destinados à identificação de barreiras à adesão são fundamentais para a compreensão das dificuldades que interferem na continuidade do tratamento em condições crônicas, incluindo o câncer. Estudos recentes indicam que a avaliação sistemática de barreiras - como sofrimento psicológico, efeitos adversos, dificuldades cognitivas e fatores socioeconômicos - permite o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas, personalizadas e eficazes para promover engajamento terapêutico e melhores desfechos clínicos (Bishay et al., 2022; Gater et al., 2021; WHO, 2023).

4.4.5 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - versão reduzida (DASS-21) - foi utilizada para avaliar sintomas emocionais relacionados à depressão, ansiedade e estresse em pessoas com câncer em tratamento quimioterápico. O instrumento foi originalmente desenvolvido por Lovibond e Lovibond (1995) com o objetivo de mensurar, de forma dimensional, três componentes centrais do sofrimento emocional.

A DASS-21 é composta por 21 itens distribuídos em três subescalas - Depressão, Ansiedade e Estresse - contendo sete itens cada. As respostas são fornecidas em escala Likert de quatro pontos, variando de 0 (“não se aplicou de maneira alguma”) a 3 (“aplicou-se muito, ou na maioria do tempo”), considerando o relato da experiência emocional do indivíduo na última semana.

A versão brasileira da DASS-21 apresenta evidências robustas de validade e confiabilidade. Estudos psicométricos conduzidos no Brasil indicam elevados índices de consistência interna, com alpha de Cronbach, geralmente, superiores a 0,80 para as três subescalas, variando aproximadamente entre $\alpha = 0,82$ e $\alpha = 0,92$, dependendo da amostra investigada (Patias et al., 2016; Vignola & Tucci, 2014). Investigações mais recentes em populações clínicas e contextos de saúde têm confirmado a estabilidade da estrutura trifatorial e a adequação psicométrica do instrumento para avaliação de sofrimento emocional em condições crônicas e contextos de elevada vulnerabilidade psicológica (Le et al., 2023; Zanon et al., 2021).

Dessa forma, a DASS-21 parece um instrumento apropriado para avaliação dimensional de sintomas emocionais em contextos oncológicos, permitindo analisar níveis de depressão, ansiedade e estresse de forma integrada e sensível às variações clínicas.

4.4.6 Functional Assessment of Cancer Therapy – Cognitive Function (FACT-Cog)

A *Functional Assessment of Cancer Therapy - Cognitive Function* (FACT-Cog) foi utilizada para avaliar a percepção de alterações cognitivas associadas ao tratamento oncológico, especialmente em domínios como atenção, memória, linguagem e clareza de

pensamento. O instrumento foi desenvolvido por Wagner et al. (2009) como módulo específico da família FACT, com o objetivo de mensurar a cognição percebida em pessoas com câncer.

A FACT-Cog avalia quatro domínios principais: (1) déficits cognitivos percebidos, (2) impacto das alterações cognitivas na qualidade de vida, (3) habilidades cognitivas percebidas e (4) comentários de terceiros sobre o funcionamento cognitivo do indivíduo. As respostas são fornecidas em escala Likert de cinco pontos (0 = nunca a 4 = várias vezes ao dia) permitindo mensurar a frequência e intensidade das queixas cognitivas nos últimos sete dias.

Estudos psicométricos indicam elevados índices de consistência interna para a FACT-Cog, com coeficientes alpha de Cronbach variando entre $\alpha = 0,77$ e $\alpha = 0,96$ entre as subescalas, demonstrando excelente confiabilidade (Cheung et al., 2012; Wagner et al., 2009). Investigações mais recentes confirmam a estabilidade de sua estrutura fatorial e evidências de validade convergente com medidas de sofrimento emocional, fadiga e qualidade de vida, reforçando sua adequação para avaliação da cognição percebida em contextos oncológicos (Bray et al., 2022; Lange et al., 2021).

A literatura atual reconhece que as queixas cognitivas subjetivas, frequentemente descritas como *cancer-related cognitive impairment* (CRCI) ou *chemobrain*, podem afetar memória, atenção e funções executivas durante e após o tratamento quimioterápico. Tais alterações apresentam associação significativa com sintomas de ansiedade, depressão e fadiga, além de impactarem o funcionamento ocupacional e a qualidade de vida (Lange et al., 2021; Vardy et al., 2021).

Dessa forma, a FACT-Cog constitui instrumento adequado para investigação da cognição percebida em pessoas em tratamento oncológico, permitindo analisar a interação entre alterações cognitivas subjetivas, sofrimento psicológico e qualidade de vida.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

O estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília, conforme parecer nº 7.468.707, em conformidade com as diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012. O protocolo de aprovação encontra-se disponível no Anexo 9.7.

A coleta de dados foi realizada no Hospital Universitário de Brasília, durante o período de administração de quimioterapia endovenosa. Os participantes foram abordados individualmente na sala de quimioterapia, informados sobre os objetivos da pesquisa e, após esclarecimento de dúvidas, convidados a participar. Aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), também disponível no Anexo A.

A aplicação ocorreu de forma individual, contemplando entrevista semiestruturada e preenchimento dos instrumentos psicológicos previstos no protocolo, com duração média aproximada de uma a duas horas, a depender do ritmo e da condição clínica do participante. Quando necessário, foram realizadas pausas para respeitar o conforto físico e emocional, sem interferir na dinâmica assistencial do setor.

A coleta foi conduzida de modo a não prejudicar o fluxo de cuidados da unidade, priorizando sempre a assistência à saúde. A aplicação dos instrumentos foi interrompida temporariamente quando havia necessidade de execução de procedimentos clínicos, sendo retomada posteriormente, conforme disponibilidade do participante.

Durante a coleta, dois participantes apresentaram indicadores de sofrimento psicológico intenso, incluindo ideação suicida. Conforme previsto no protocolo ético, foi realizada comunicação imediata à psicóloga de referência da unidade, assegurando encaminhamento e acompanhamento adequados. Todas as condutas adotadas priorizaram a segurança dos participantes, o sigilo das informações e a articulação com a equipe assistencial, sem prejuízo ao tratamento oncológico.

4.6 Procedimentos de análise de dados

4.6.1 Análise quantitativa

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, em consonância com os objetivos do estudo. Inicialmente, realizou-se a caracterização da amostra por meio de frequências absolutas e percentuais para variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão (média, mediana e desvio-padrão) para variáveis contínuas, conforme recomendações para análise exploratória de dados em pesquisas em saúde (Dancey & Reidy, 2013; Field, 2018).

Antes da realização das análises inferenciais, verificou-se o pressuposto de normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk. Considerando que parte significativa das variáveis apresentou distribuição não normal, optou-se pela utilização predominante de testes não paramétricos, os quais são indicados para dados com assimetria, presença de *outliers* ou violação de pressupostos paramétricos, garantindo maior robustez às análises (Dancey & Reidy, 2013; Field, 2018).

As associações entre os construtos psicológicos centrais do estudo - estresse, ansiedade e depressão (DASS-21), estratégias de enfrentamento (E3PO), barreiras à adesão e cognição percebida (FACT-Cog) - foram examinadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman (ρ), apropriado para variáveis ordinais ou não normalmente distribuídas.

Para comparação entre grupos, empregou-se o teste de Mann-Whitney em variáveis dicotômicas e o teste de Kruskal-Wallis para variáveis com três ou mais categorias, seguido de comparações post hoc com correção de Dunn quando necessário. A idade foi analisada como variável contínua por meio de correlação de Spearman.

Adotou-se nível de significância $p \leq 0,05$, com reporte de medidas de tamanho de efeito, conforme recomendações para interpretação clínica dos resultados (Dancey & Reidy, 2013). As análises foram realizadas no software *JASP* (Jasp Team, 2025).

4.6.2 Análise qualitativa

Os dados qualitativos provenientes das entrevistas semiestruturadas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo temática, conforme o referencial metodológico proposto por Bardin (2016). Essa abordagem consiste em um conjunto de técnicas sistemáticas de análise das comunicações, visando à identificação de categorias temáticas que possibilitem inferências acerca dos sentidos atribuídos pelos participantes às suas experiências.

A análise seguiu as três etapas clássicas descritas por Bardin (2016): (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na fase de pré-análise, realizou-se leitura flutuante das entrevistas, seguida de organização, transcrição e definição do corpus analítico. Essa etapa possibilitou familiarização progressiva com os relatos e identificação preliminar de núcleos de sentido recorrentes.

Na fase de exploração do material, procedeu-se à codificação temática dos trechos das entrevistas, agrupando conteúdos semanticamente semelhantes em categorias e subcategorias. A construção das categorias baseou-se em critérios de recorrência, relevância temática e coerência com o referencial teórico da psico-oncologia e dos modelos de *coping* em saúde.

Na etapa de tratamento e interpretação, as categorias foram analisadas à luz da literatura contemporânea em psico-oncologia, buscando integrar os achados qualitativos aos resultados quantitativos do estudo. Essa estratégia analítica permitiu ampliar a compreensão do fenômeno investigado, articulando sofrimento emocional, estratégias de enfrentamento e adesão ao tratamento, em consonância com abordagens qualitativas atuais na pesquisa em saúde (Braun & Clarke, 2021; Nowell et al., 2017).

4.7 Considerações éticas

O estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Brasília. Todos os participantes receberam informações claras sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da coleta de dados.

Foi garantido o sigilo das informações e a confidencialidade dos dados, sendo os participantes identificados apenas por códigos numéricos. Os participantes tiveram assegurado o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento recebido no serviço de saúde. Em casos de identificação de sofrimento emocional significativo, os participantes foram encaminhados para atendimento psicológico na própria instituição.

5. RESULTADOS

5.1. Dados sociodemográficos

A amostra foi composta por 217 participantes, com média de idade de 51,2 anos ($DP = 12,0$), variando entre 21 e 74 anos. Observou-se predominância do sexo feminino (73,7%) e

de participantes casados(as), que corresponderam a 51,6% da amostra ($n = 112$). Os participantes solteiros(as) representaram 27,2% ($n = 59$), enquanto 21,2% ($n = 46$) eram divorciados(as) ou viúvos(as).

Quanto à procedência, 60,8% dos participantes ($n = 132$) pertenciam à população local, definida como residentes do Distrito Federal e entorno, enquanto 39,2% ($n = 85$) eram classificados como população migrante, composta por indivíduos provenientes de outros estados brasileiros.

Em relação à escolaridade, observou-se distribuição semelhante entre participantes com baixa escolaridade (analfabetos e ensino fundamental) e aqueles com média escolaridade (ensino médio), ambos representando 38,2% da amostra ($n = 83$ cada). Os participantes com alta escolaridade, definida como ensino superior e especialização, corresponderam a 23,5% ($n = 51$).

No que se refere à ocupação, verificou-se predominância de participantes inseridos em ocupações gerais (49,3%; $n = 107$), abrangendo atividades de serviços, comércio, trabalho rural e funções autônomas. Os participantes sem ocupação formal - incluindo desempregados(as) e desocupados(a), donas de casa, estudantes e aposentados(as) - representaram 35,9% da amostra ($n = 78$). Por sua vez, 14,7% ($n = 32$) exerciam profissões técnicas ou de nível superior. As frequências detalhadas das variáveis sociodemográficas encontram-se apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Dados sociodemográficos ($n = 217$)

	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	160	73,7
	Masculino	57	26,3
Idade	Média (DP)	51,2 (12,0)	—
	Mediana	53	—

	Mín-Máx	21-74	—
Estado civil	Solteiro(a)	59	27,2
	Casado(a)	112	51,6
	Divorciado(a)/Viúvo(a)	46	21,2
Procedência	População local	132	60,8
	População migrante	85	39,2
Escolaridade	Baixa escolaridade	83	38,2
	Média escolaridade	83	38,2
	Alta escolaridade	51	23,5
Profissão	Sem ocupação formal	78	35,9
	Ocupações gerais	107	49,3
	Profissionais técnicos/superior	32	14,7

5.2 Diagnóstico oncológico

Em se tratando do diagnóstico oncológico, observou-se predominância de cânceres de mama e ginecológicos, correspondendo a 45,6% da amostra ($n = 99$). Os demais tumores sólidos representaram 24,0% ($n = 52$), seguidos pelos tumores hematológicos, com 16,1% ($n = 35$), e pelos casos metastáticos, que corresponderam a 14,3% ($n = 31$), conforme a tabela 2.

Tabela 2

Frequências de Diagnóstico Oncológico

Diagnóstico Oncológico		Contagens	% do Total	% acumulada
Mamas e Ginecológicos		99	45.6%	45.6%
Demais tumores sólidos		52	24.0%	69.6%
Hematológicos		35	16.1%	85.7%

Metastáticos	31	14.3%	100.0%
--------------	----	-------	--------

5.3 Tipo de tratamento

Em relação ao tipo de tratamento realizado, observou-se predominância do tratamento quimioterápico, adotado por 58,5% dos participantes ($n = 127$). O tratamento multimodal foi realizado por 41,5% da amostra ($n = 90$), indicando que uma parcela expressiva dos participantes foi submetida à combinação de diferentes modalidades terapêuticas, sendo elas, quimioterapia, imunoterapia, hormonioterapia, cirúrgica e/ou radioterapia, para tratamento de tumores sólidos e, transplantes associados a quimioterapia, em pessoas com câncer hematológicos, conforme a Tabela 3.

Tabela 3

Tipo de Tratamento

Tratamento	Contagens	% do Total	% acumulada
Quimioterápico	127	58.5%	58.5%
Multimodal	90	41.5%	100.0%

5.4 Finalidade do tratamento

Quanto à finalidade do tratamento, observou-se predominância de tratamentos com finalidade curativa, correspondendo a 67,3% da amostra ($n = 146$). Os tratamentos com finalidade paliativa foram realizados por 32,7% dos participantes ($n = 71$), conforme a Tabela 4.

Tabela 4

Frequências de Finalidade do tratamento

Finalidade do	Contagens	% do Total	% acumulada
---------------	-----------	------------	-------------

tratamento			
Curativo	146	67.3%	67.3%
Paliativo	71	32.7%	100.0%

5.5 Adoecimento psíquico

Quanto ao adoecimento psíquico, a maioria dos participantes negou a presença de ansiedade e/ou depressão, correspondendo a 72,8% da amostra ($n = 158$). Por outro lado, 27,2% dos participantes ($n = 59$) referiram ansiedade e/ou depressão, conforme a Tabela 5.

Tabela 5

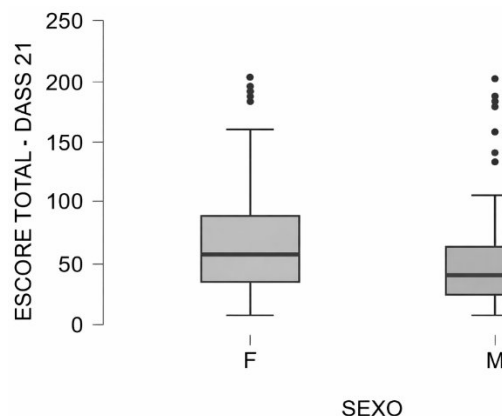
Frequências de Adoecimento Psíquico

Adoecimento Psíquico	Contagens	% do Total	% acumulada
Nega	158	72.8%	72.8%
Ansiedade/Depressão	59	27.2%	100.0%

5.6 Diferenças segundo o sexo

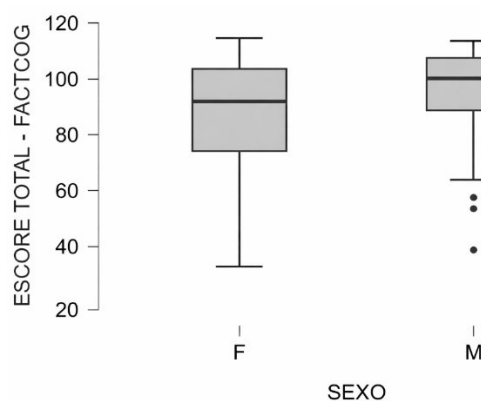
Na análise do escore total da DASS-21, observou-se variação nas medianas entre homens e mulheres. As mulheres apresentaram mediana superior de sofrimento emocional global ($Md = 52,00$; $DP = 44,35$) quando comparadas aos homens ($Md = 28,00$; $DP = 46,95$) (Gráfico 1). Essa diferença foi estatisticamente significativa no teste de Mann-Whitney ($U = 5935.00$, $p < 0,001$, $r = -0,30$).

Gráfico 1 - Escore Total DASS-21 x Sexo



Em relação ao escore total do FACT-Cog, verificou-se padrão inverso. Os homens apresentaram medianas mais elevadas de cognição percebida ($Md = 100,00$; $DP = 15,48$) em comparação às mulheres ($Md = 92,00$; $DP = 19,34$) (Gráfico 2). A diferença foi estatisticamente significativa no teste de Mann-Whitney ($U = 3240.00$, $p = 0,001$, $r = 0,29$).

Gráfico 2 - Escore Total Factcog x Sexo



Na análise dos escores da Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO), observaram-se diferenças descritivas entre mulheres e homens nos três indicadores avaliados. No Fator 1 - Engajamento no Tratamento, os homens apresentaram média superior ($M = 41,33$; $DP = 6,82$) em comparação às mulheres ($M = 38,69$; $DP = 8,62$). Entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($t(215) = 1,75$, $p = .08$).

No Fator 2 - Reações Emocionais, as mulheres apresentaram média mais elevada ($M = 7,36$; $DP = 4,52$) quando comparadas aos homens ($M = 6,32$; $DP = 4,76$), indicando maior escore de reações emocionais negativas no grupo feminino. Contudo, essa diferença também não alcançou significância estatística ($t(215) = 1,62$, $p = .10$).

Quanto ao Escore Total da E3PO, observou-se pequena diferença entre os grupos, com médias semelhantes, sendo discretamente maior no grupo masculino ($M = 47,65$; $DP = 7,31$) em relação ao feminino ($M = 46,06$; $DP = 9,31$). Essa diferença também não foi estatisticamente significativa ($t(215) = 1,28$, $p = .20$). De modo geral, as diferenças observadas foram de pequena magnitude.

Gráfico 3 - E3PO (Fator 1 - Engajamento no Tratamento) x Sexo

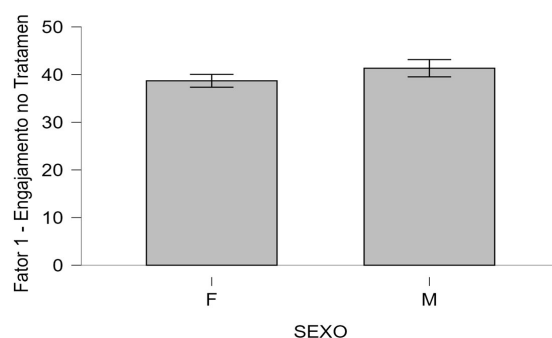


Gráfico 4 - E3PO (Fator 2 - Reações Emocionais) x Sexo

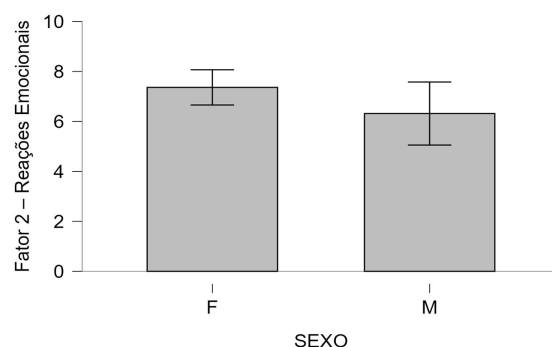
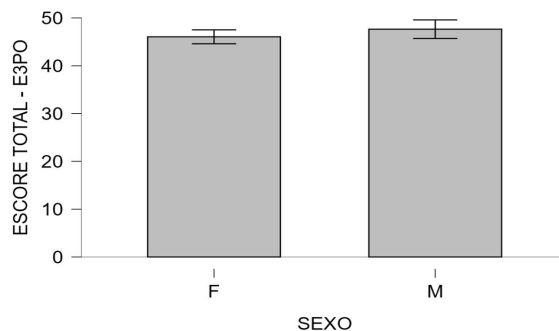


Gráfico 5 - E3PO (Fator 2 - Reações Emocionais) x Sexo



5.7 Diferenças segundo o tratamento e a procedência

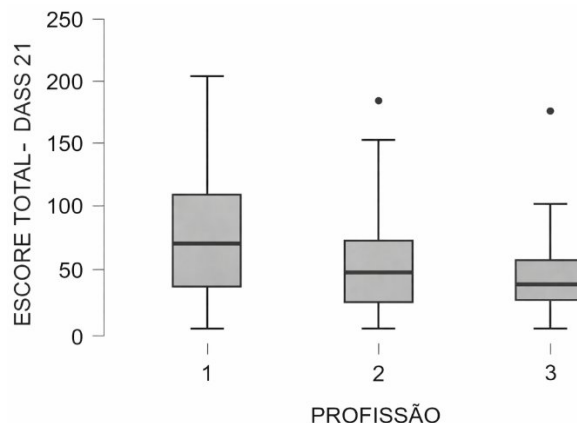
As análises comparativas não revelaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis psicológicas investigadas em função do tipo de tratamento (quimioterápico x multimodal), da finalidade terapêutica (curativa x paliativa) e da procedência (população local x migrante). As médias e medianas das variáveis apresentaram distribuição similar entre os grupos (valores de p variando entre 0,12 e 0,96)

5.8 Diferenças segundo a profissão

Para o Escore Total de Sofrimento Emocional (DASS-21), o teste de Kruskal-Wallis indicou uma diferença estatisticamente significativa em relação à Profissão ($H(2) = 11,97$; $p < 0,01$), apresentando um tamanho de efeito moderado ($\eta^2 = 0,05$). Não foram observados efeitos significativos para as demais variáveis sociodemográficas, como estado civil ou diagnóstico (valores de $p > ,05$).

As comparações *post hoc* de Dunn revelaram que os participantes sem ocupação formal (Grupo 1) apresentaram mediana de sofrimento emocional significativamente superior ($Md = 68,00$; Posto Médio = 128,67) tanto em relação aos participantes em ocupações gerais (Grupo 2) ($Md = 36,00$; Posto Médio = 97,86; $z = 3,30$; $p < 0,01$) quanto em relação aos profissionais técnicos/superior (Grupo 3) ($Md = 36,00$; Posto Médio = 98,31; $z = 2,31$; $p = 0,04$), como ilustrado no Gráfico 6. Não houve diferença significativa entre os Grupos 2 e 3 ($p = 0,97$).

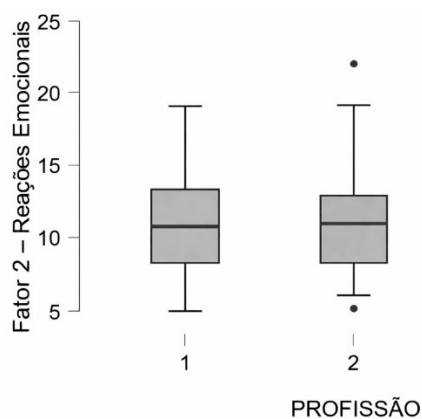
Gráfico 6 – Escore Total DASS 21 x Profissão



Para investigar diferenças nos escores de Reações Emocionais (Fator 2 da E3PO) em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, foi conduzido o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados indicaram que não houve efeitos significativos para a Escolaridade ($H(2) = 1,63$; $p = 0,44$), Estado Civil ($H(2) = 4,40$; $p = 0,11$) ou Diagnóstico Oncológico ($H(3) = 1,97$; $p = 0,58$). Entretanto, observou-se uma diferença estatisticamente significativa em relação à Profissão ($H(2) = 8,04$; $p = 0,02$), com um tamanho de efeito pequeno a moderado ($\eta^2 = 0,03$).

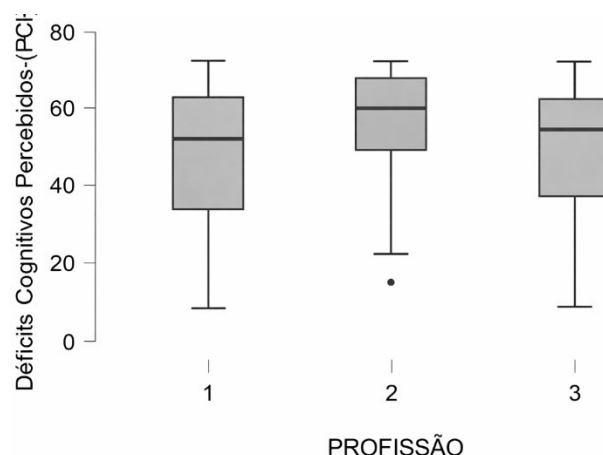
As comparações *post hoc* de Dunn indicaram que os participantes sem ocupação formal apresentaram escores de reações emocionais significativamente mais elevados ($Md = 8,00$; Posto Médio = 124,42) do que aqueles inseridos em ocupações gerais ($Md = 6,00$; Posto Médio = 97,98; $z = 2,84$; $p = 0,01$). Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de profissionais técnicos/superior e os demais (valores de $p > 0,05$). O impacto visual dessas diferenças pode ser observado no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Fator 2 E3PO x Profissão



Para a avaliação da percepção de falhas cognitivas (PCI), o teste de Kruskal-Wallis revelou uma diferença estatisticamente significativa em relação à Profissão ($H(2) = 12,36$; $p < ,01$), apresentando um tamanho de efeito moderado ($\eta^2 = 0,05$). As comparações *post hoc* de Dunn para a variável Profissão indicaram que os participantes sem ocupação formal (Grupo 1) apresentaram mediana de funcionamento cognitivo percebido significativamente inferior ($Md = 55,00$; Posto Médio = 91,29) em relação aos participantes em ocupações gerais (Grupo 2) ($Md = 64,00$; Posto Médio = 123,68; $z = -3,47$; $p < ,01$) (Gráfico 8). Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de profissionais técnicos/superior e os demais (valores de $p > ,05$).

Gráfico 8 – PCI x Profissão

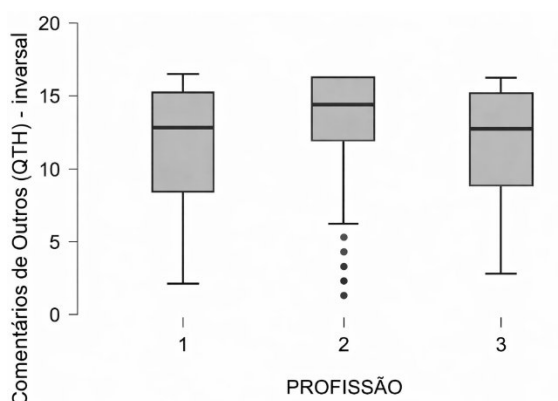


Para a subescala Comentários de Outros (QTH - invertido) da escala FACT-Cog, o teste de Kruskal-Wallis revelou uma diferença estatisticamente significativa em função da Profissão ($H(2) = 8,85$; $p = ,01$), apresentando um tamanho de efeito pequeno ($\eta^2 = 0,03$). Assim como observado nas demais variáveis cognitivas, o diagnóstico oncológico apresentou uma tendência à significância inicial ($p = 0,01$), que não se confirmou após o ajuste para múltiplas comparações ($p > 0,05$). As variáveis escolaridade e estado civil não apresentaram efeitos significativos (valores de $p > 0,05$).

As comparações *post hoc* de Dunn para a variável Profissão indicaram que os participantes sem ocupação formal (Grupo 1) apresentaram mediana de funcionamento percebido significativamente inferior ($Md = 11,50$; Posto Médio = 95,93) em relação aos participantes em ocupações gerais (Grupo 2) ($Md = 14,00$; Posto Médio = 121,65; $z = -2,79$;

$p = 0,02$) (Gráfico 9). Não foram detectadas diferenças significativas entre o grupo de profissionais técnicos/superior e os demais (valores de $p > ,05$).

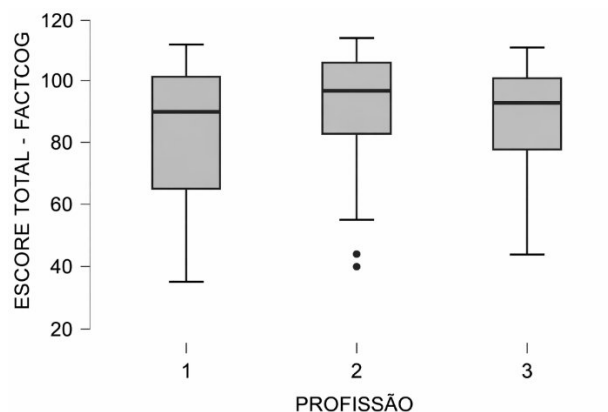
Gráfico 9 – *QTH x Profissão*



Para o Escore Total da FACT-Cog, que avalia a percepção global do funcionamento cognitivo, o teste de Kruskal-Wallis indicou uma diferença estatisticamente significativa em relação à Profissão ($H(2) = 12,00$; $p < ,01$), com um tamanho de efeito moderado ($\eta^2 = 0,05$). Não foram observados efeitos significativos para as variáveis Escolaridade ($p = 0,28$), Estado Civil ($p = 0,74$) ou Diagnóstico Oncológico ($p = 0,09$).

As comparações *post hoc* de Dunn revelaram que os participantes sem ocupação formal (Grupo 1) apresentaram mediana de funcionamento cognitivo total significativamente inferior ($Md = 90,00$; Posto Médio = 92,21) em relação aos participantes em ocupações gerais (Grupo 2) ($Md = 97,00$; Posto Médio = 123,70; $z = -3,37$; $p < 0,01$) (Gráfico 10). Não foram identificadas diferenças significativas entre o grupo de profissionais técnicos/superior e os demais (valores de $p > ,05$).

Gráfico 10 – FACT-Cog x Profissão

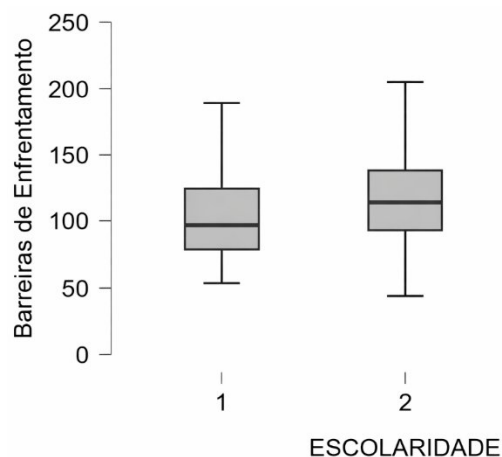


5.8.1 Diferenças segundo a escolaridade

Para o Escore Total da Escala de Barreiras de Enfrentamento, o teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas apenas para a variável Escolaridade ($H(2) = 7,90$; $p = 0,02$; $\eta^2 = 0,03$). A variável Profissão, que havia apresentado significância na ANOVA, demonstrou apenas uma tendência à significância no teste não paramétrico ($p = 0,08$). As variáveis estado civil e diagnóstico não apresentaram efeitos significativos (valores de $p > 0,05$).

As comparações *post hoc* de Dunn para a variável Escolaridade indicaram que os participantes com escolaridade média (Grupo 2) perceberam significativamente mais barreiras ao tratamento ($Md = 114,00$; Posto Médio = 121,79) do que os participantes com baixa escolaridade (Grupo 1) ($Md = 97,00$; Posto Médio = 101,68; $z = 2,15$; $p = 0,03$) (Gráfico 11). Não foram detectadas diferenças significativas entre o grupo de alta escolaridade (Grupo 3) e os demais ($p > 0,05$).

Gráfico 11 – Barreiras de Enfrentamento x Escolaridade



5.8.2 Correlações entre variáveis quantitativas

A idade apresentou associações fracas e negativas com estresse ($\rho = -0,25$; $p < 0,001$), com barreiras de enfrentamento ($\rho = -0,24$; $p < 0,001$) e com reações emocionais negativas ($\rho = -0,21$; $p < 0,01$), sugerindo que participantes mais velhos tenderam a apresentar níveis ligeiramente menores de sofrimento psicológico e menor percepção de barreiras ao tratamento.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas e consistentes em relação à escolaridade, estado civil, procedência, diagnóstico oncológico, tipo de tratamento ou finalidade terapêutica.

As análises correlacionais evidenciaram associações significativas entre os construtos psicológicos avaliados. O fator Reações Emocionais da escala de enfrentamento (E3PO) apresentou correlações positivas moderadas a fortes com estresse ($\rho = 0,56$; $p < 0,001$), ansiedade ($\rho = 0,51$; $p < 0,001$), depressão ($\rho = 0,58$; $p < 0,001$) e com o escore total da DASS-21 ($\rho = 0,63$; $p < 0,001$), indicando aumento concomitante entre reações emocionais negativas e sofrimento psicológico.

As barreiras à adesão ao tratamento também apresentaram correlações positivas com estresse ($\rho = 0,58$; $p < 0,001$), ansiedade ($\rho = 0,43$; $p < 0,001$), depressão ($\rho = 0,59$; $p < 0,001$) e com o escore total da DASS-21 ($\rho = 0,62$; $p < 0,001$), evidenciando associação direta entre maior percepção de obstáculos ao cuidado e maiores níveis de sofrimento emocional.

Em relação ao funcionamento cognitivo, o escore total do FACT-Cog apresentou correlações negativas moderadas a fortes com estresse ($\rho = -0,56$; $p < 0,001$), ansiedade ($\rho = -0,53$; $p < 0,001$), depressão ($\rho = -0,58$; $p < 0,001$) e com o escore total da DASS-21 ($\rho = -0,64$; $p < 0,001$), indicando que maiores níveis de sofrimento emocional estiveram associados a pior cognição percebida pelos participantes.

Por outro lado, o fator Engajamento no Tratamento apresentou correlações negativas de pequena magnitude com estresse ($\rho = -0,14$; $p = 0,03$), depressão ($\rho = -0,25$; $p < 0,001$) e com o escore total da DASS-21 ($\rho = -0,19$; $p < 0,01$), sugerindo que maior envolvimento comportamental no tratamento esteve associado a menores níveis de sofrimento emocional.

5.9 Resultados da Entrevista

De modo geral, os relatos indicaram a presença de impactos emocionais significativos relacionados ao diagnóstico e ao início do tratamento, bem como mudanças na rotina cotidiana, dificuldades funcionais, necessidade de reorganização das atividades diárias e mobilização de diferentes estratégias de enfrentamento frente às exigências do cuidado em saúde.

Com base nesse processo analítico, as entrevistas foram organizadas em quatro eixos temáticos principais: (1) experiência subjetiva do diagnóstico e do adoecimento; (2) demandas e desafios do tratamento oncológico; (3) recursos de enfrentamento e rede de apoio; e (4) impactos cognitivos e funcionais associados ao tratamento. Essa estrutura possibilitou sistematizar e compreender as narrativas dos participantes de maneira integrada, respeitando os princípios de categorização, inferência e interpretação característicos da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

5.9.1 A experiência subjetiva do diagnóstico e do adoecimento

Os relatos dos participantes evidenciam que o momento do diagnóstico oncológico é frequentemente vivenciado como um evento de forte impacto emocional. Entre os 217 participantes entrevistados, 132 (60,8%) relataram que o diagnóstico foi recebido com choque, susto ou surpresa, sendo descrito como um momento inesperado e difícil de processar. Em muitos casos, os participantes indicaram que a confirmação da doença foi acompanhada por

sentimentos intensos de incredulidade e dificuldade inicial de compreensão da situação, especialmente quando não havia sintomas evidentes ou histórico familiar da doença.

Diversos relatos ilustram esse impacto inicial:

“No começo foi um susto inesperado.”

“Parece que o mundo caiu naquele momento.”

“Foi como uma sentença de morte.”

“Foi horrível, como se eu tivesse caído em um buraco e não pudesse sair.”

Essas falas revelam que o diagnóstico oncológico pode ser percebido como uma ruptura abrupta na trajetória de vida, mobilizando reações emocionais intensas associadas à ameaça à própria vida e à incerteza sobre o futuro. Para muitos participantes, a palavra “câncer” apareceu nos relatos como carregada de significados socialmente construídos relacionados ao sofrimento, à gravidade da doença e à possibilidade de morte.

Além do choque inicial, 64 participantes (29,5%) mencionaram sentimentos intensos de medo, angústia ou desespero, especialmente relacionados à possibilidade de morte, à progressão da doença ou às consequências do tratamento. Em alguns relatos, os participantes também expressaram preocupação com o impacto da doença sobre seus familiares, principalmente filhos ou dependentes.

Alguns relatos evidenciam esses aspectos emocionais:

“Na hora eu pensei que ia morrer.”

“O medo foi muito grande, a gente não sabe o que vai acontecer.”

“Fiquei muito preocupada com meus filhos.”

Outro aspecto identificado refere-se ao processo de adaptação gradual à condição de saúde, mencionado por 72 participantes (33,2%). Após o impacto inicial, muitos participantes relataram que, com o início do tratamento e o acompanhamento pela equipe de saúde, passaram

a desenvolver uma compreensão mais realista da doença e a lidar com a situação de maneira progressivamente mais adaptativa.

Alguns relatos incluem:

“No início foi assustador, mas depois fui aceitando.”

“Depois que comecei o tratamento fiquei mais tranquila.”

“A gente aprende a lidar com a situação.”

Esse processo de adaptação parece ocorrer à medida que os participantes passam a compreender melhor o tratamento, recebem informações da equipe de saúde e percebem possibilidades concretas de cuidado e recuperação. Além disso, foram identificados relatos que indicam processos de ressignificação da experiência de adoecimento, mencionados por 38 participantes (17,5%). Nesses casos, o diagnóstico foi descrito como um evento que provocou reflexões profundas sobre prioridades de vida, relações interpessoais e o modo de conduzir a própria existência.

Alguns participantes relataram:

“Passei a valorizar mais as pequenas coisas.”

“Hoje eu valorizo muito mais minha família.”

“Comecei a enxergar a vida de outra forma.”

“A doença fez eu repensar muita coisa.”

Esses relatos sugerem que, apesar do sofrimento associado ao diagnóstico, o adoecimento também pode desencadear processos de transformação subjetiva, nos quais os indivíduos passam a atribuir novos significados à experiência vivida. Em diversos casos, os participantes mencionaram maior valorização das relações familiares, maior atenção ao autocuidado e uma redefinição das prioridades pessoais.

De modo geral, os resultados indicam que o diagnóstico oncológico constitui um momento de intensa mobilização emocional, caracterizado inicialmente por reações de choque

e medo, seguido por processos gradativos de adaptação e, em alguns casos, por experiências de ressignificação da vida. Essa diversidade de respostas emocionais evidencia a complexidade da experiência subjetiva do adoecimento oncológico, que envolve simultaneamente dimensões de sofrimento, adaptação e transformação pessoal.

Tabela 8

Experiência subjetiva do diagnóstico

Experiência relatada	n	%
Choque ou susto com diagnóstico	132	60,8
Medo de morrer ou gravidade da doença	64	29,5
Tristeza intensa ou choro	48	22,1
Processo gradual de aceitação	72	33,2
Ressignificação da vida	38	17,5

5.9.2 Demandas e desafios do tratamento oncológico

Os relatos evidenciaram que o tratamento oncológico impõe múltiplas mudanças na rotina cotidiana e nas condições de vida dos participantes. Entre os aspectos mais mencionados destacam-se o afastamento das atividades laborais, a reorganização da rotina diária, a redução da participação em atividades sociais e as limitações físicas decorrentes dos efeitos do tratamento.

A interrupção ou redução das atividades de trabalho foi mencionada por 118 participantes (54,4%), sendo frequentemente associada à perda de autonomia, à sensação de ruptura com a rotina previamente estabelecida e à necessidade de depender de outras pessoas para o desempenho de atividades cotidianas. Para muitos participantes, o trabalho representava não apenas uma fonte de renda, mas, também, um elemento central de identidade, produtividade e interação social. Dessa forma, o afastamento das atividades laborais foi frequentemente descrito como uma das mudanças mais difíceis impostas pelo tratamento.

Alguns participantes relataram:

“Não poder trabalhar foi a parte mais difícil.”

“Minha rotina mudou totalmente porque tive que parar de trabalhar.”

“Eu sempre fui muito ativa, trabalhava todos os dias, e agora não consigo mais.”

“A gente se sente inútil quando não pode trabalhar.”

Além do afastamento do trabalho, 94 participantes (43,3%) relataram redução significativa das atividades sociais, incluindo viagens, encontros familiares, atividades religiosas ou de lazer e participação em eventos sociais. Em muitos relatos, essa redução foi associada tanto às limitações físicas decorrentes do tratamento quanto ao receio de exposição a ambientes com maior risco de infecções.

Alguns participantes relataram:

“Não viajo mais como antes.”

“Passei a ficar muito mais em casa.”

“Deixei de sair e de encontrar as pessoas.”

“Antes eu fazia muitas coisas, agora fico mais recolhida.”

Outro aspecto amplamente mencionado refere-se aos efeitos físicos do tratamento, relatados por 158 participantes (72,8%). Entre os sintomas mais frequentes destacam-se náuseas, fadiga, dor, queda de cabelo, alterações no paladar e perda de apetite. Esses efeitos foram descritos como fatores que interferem diretamente no impacto funcional e na capacidade de realizar atividades cotidianas.

Relatos ilustram essa experiência:

“Sinto muito enjoo depois das quimioterapias.”

“A comida perdeu o gosto.”

“A queda de cabelo foi muito difícil para mim.”

“Depois da quimio fico muito fraca e cansada.”

Em alguns casos, os participantes relataram que os efeitos colaterais também impactaram a alimentação e o padrão de sono, exigindo adaptações na dieta e períodos mais frequentes de repouso. Essas mudanças foram frequentemente associadas à sensação de diminuição da energia física e à necessidade de reduzir o ritmo das atividades diárias.

Além das limitações físicas, também foram mencionadas demandas logísticas relacionadas ao tratamento, como deslocamentos frequentes para consultas, exames e sessões de quimioterapia. Alguns participantes relataram que precisam viajar longas distâncias para acessar os serviços de saúde, o que pode aumentar o desgaste físico e emocional associado ao tratamento.

Exemplos dessas experiências incluem:

“Tenho que vir muitas vezes ao hospital para fazer exames e consultas.”

“O deslocamento até o hospital é cansativo.”

“Preciso viajar várias horas para conseguir fazer o tratamento.”

Em alguns relatos, essas demandas logísticas também foram associadas a dificuldades financeiras e à necessidade de apoio de familiares ou amigos para transporte e acompanhamento nas consultas. Dessa forma, o tratamento oncológico foi descrito não apenas como um processo clínico, mas como uma experiência que envolve reorganização da rotina, mudanças no estilo de vida e adaptação a novas exigências práticas.

De modo geral, os relatos indicam que o tratamento exige um processo contínuo de adaptação, no qual os participantes precisam reorganizar suas atividades cotidianas, lidar com limitações físicas e mobilizar recursos pessoais e sociais para enfrentar as demandas impostas pelo cuidado em saúde. Esses resultados evidenciam que o impacto do tratamento oncológico ultrapassa a dimensão biomédica, envolvendo transformações significativas nas esferas social, ocupacional e funcional da vida dos indivíduos.

A seguir, tabela com as subcategorias citadas no texto acima.

Tabela 9*Demandas associadas ao tratamento*

Demanda relatada	n	%
Afastamento do trabalho	118	54,4
Redução de atividades sociais	94	43,3
Mudanças na rotina diária	146	67,3
Dependência de familiares	64	29,5
Mudanças na alimentação	89	41,0

5.9.3 Recursos de enfrentamento e rede de apoio

No que se refere aos recursos de enfrentamento, os participantes destacaram diferentes estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades associadas ao tratamento oncológico. De modo geral, os relatos evidenciam que o processo de adoecimento mobiliza tanto recursos individuais quanto recursos sociais, sendo a rede de apoio e a espiritualidade elementos centrais na adaptação à experiência do câncer.

A fé e a espiritualidade emergiram como um dos principais recursos de enfrentamento, sendo mencionadas por 102 participantes (47,0%). Em muitos relatos, a religiosidade aparece como fonte de esperança, conforto emocional e fortalecimento psicológico diante das incertezas do tratamento. A crença em Deus e a participação em práticas religiosas, como orações e frequência a cultos ou missas, foram frequentemente descritas como estratégias que auxiliam na manutenção da esperança e na redução da angústia associada ao adoecimento.

Alguns participantes expressaram essa dimensão da seguinte forma:

“A fé em Deus é o que me dá força.”

“Sem a minha fé eu não conseguiria passar por isso.”

“A oração me ajuda a ter esperança de que tudo vai dar certo.”

“Quando fico mais preocupada eu oro e me sinto mais tranquila.”

Além da dimensão espiritual, o apoio familiar foi outro recurso amplamente mencionado pelos participantes, sendo citado por 126 participantes (58,1%). A família foi descrita como uma fonte fundamental de suporte emocional, prático e instrumental ao longo do tratamento. Muitos participantes relataram que familiares os acompanham em consultas, auxiliam nas tarefas domésticas e oferecem suporte emocional nos momentos de maior fragilidade.

Alguns relatos ilustram essa experiência:

“Minha família me acompanha em todas as consultas.”

“Meu marido e meus filhos me dão muita força.”

“Minha família está sempre comigo em tudo que preciso.”

“Sem minha família seria muito mais difícil enfrentar o tratamento.”

Em diversos relatos, os participantes destacaram que o apoio familiar envolve não apenas presença emocional, mas também apoio prático no cotidiano, como transporte para o hospital, auxílio financeiro e ajuda nas atividades domésticas, como preparo de alimentos e organização do lar. Esse suporte foi frequentemente associado à sensação de segurança e à redução do sentimento de isolamento durante o tratamento.

Além da família, também foram mencionados apoio de amigos e colegas de trabalho, citado por 64 participantes (29,5%). Esse apoio foi descrito principalmente por meio de visitas, mensagens de incentivo, ajuda prática em tarefas do dia a dia e demonstrações de cuidado e solidariedade.

Alguns participantes relataram:

“Os amigos sempre mandam mensagens perguntando como estou.”

“Recebo muito apoio dos meus amigos.”

“Meus colegas de trabalho me ajudaram muito nesse momento.”

Outro aspecto relevante refere-se ao apoio oferecido pela equipe de saúde, mencionado por 58 participantes (26,7%). Em diversos relatos, os profissionais de saúde foram descritos como importantes fontes de acolhimento, orientação e segurança durante o tratamento. A relação estabelecida com médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais foi frequentemente associada à sensação de confiança no tratamento e à redução da ansiedade frente às incertezas do processo terapêutico.

Alguns participantes destacaram:

“A equipe do hospital me acolheu muito bem.”

“Os médicos e enfermeiros me passam muita confiança.”

“Os profissionais do hospital ajudam muito a gente a se sentir mais seguro.”

Além dos recursos relacionais, alguns participantes também mencionaram estratégias individuais de enfrentamento, como manter pensamentos positivos, evitar focar excessivamente na doença, buscar informações sobre o tratamento e adotar hábitos de vida mais saudáveis. Entre essas estratégias destacam-se mudanças na alimentação, prática de atividades físicas quando possível e tentativa de manter atividades que proporcionem bem-estar emocional.

De modo geral, os relatos sugerem que o enfrentamento do câncer ocorre por meio de uma combinação de recursos internos e externos, envolvendo tanto crenças pessoais e estratégias cognitivas quanto o suporte oferecido pela rede social e pela equipe de saúde. Esses elementos parecem desempenhar um papel importante na adaptação psicológica ao tratamento e na manutenção do engajamento no processo terapêutico.

A seguir, tabela com as subcategorias citadas no texto acima.

Tabela 10

Recursos de enfrentamento

Estratégia de enfrentamento	n	%
Apoio da família	126	58,1
Fé ou espiritualidade	102	47,0
Apoio de amigos	64	29,5

Apoio da equipe de saúde	58	26,7
Pensamento positivo	41	18,9

5.9.4 Impactos cognitivos e funcionais associados ao tratamento

Em relação às alterações cognitivas percebidas, 71 participantes (32,7%) relataram dificuldades relacionadas à memória, atenção ou velocidade de raciocínio ao longo do tratamento oncológico. Os relatos indicam que essas alterações foram percebidas principalmente em situações cotidianas, envolvendo lapsos de memória, dificuldade para manter o foco em tarefas e sensação subjetiva de maior lentificação do pensamento.

Entre os conteúdos mais frequentemente mencionados estão esquecimentos frequentes, dificuldade para lembrar palavras ou nomes, dificuldade de concentração e sensação de cansaço mental, especialmente após sessões de quimioterapia ou em períodos de maior fadiga física. Esses relatos sugerem que as alterações cognitivas percebidas se manifestam, sobretudo, em atividades rotineiras que exigem atenção sustentada ou organização mental.

Alguns participantes relataram:

“Estou muito esquecida, esqueço onde coloquei as coisas.”

“Às vezes começo a falar e esqueço o que ia dizer.”

“Entro em um lugar e esqueço o que fui fazer.”

“Minha memória ficou mais lenta, parece que demoro mais para lembrar das coisas.”

Além das dificuldades de memória, alguns participantes mencionaram dificuldades de concentração em atividades que exigem maior esforço cognitivo, como leitura, planejamento de tarefas ou acompanhamento de conversas mais longas. Em alguns casos, os participantes relataram necessidade de recorrer a estratégias compensatórias, como anotar compromissos ou tarefas para evitar esquecimentos.

Como ilustrado em um dos relatos:

“Tenho que anotar as coisas para lembrar depois.”

Outro aspecto identificado nos relatos refere-se à sensação de lentificação do pensamento e cansaço mental, frequentemente descrita como dificuldade para organizar ideias ou manter o raciocínio em atividades prolongadas.

Entretanto, observa-se que essas alterações não foram percebidas de maneira homogênea entre os participantes. Uma parcela significativa da amostra, composta por 124 participantes (57,1%), relatou não perceber mudanças cognitivas relevantes ao longo do tratamento. Em alguns relatos, os participantes indicaram que sua memória e atenção permaneceram preservadas, ou que eventuais dificuldades percebidas eram atribuídas a fatores como estresse, idade ou experiências prévias.

Exemplos dessas falas incluem:

“Não percebi nenhuma mudança na memória.”

“Minha memória continua normal.”

“Sempre fui um pouco esquecida, então não sei se mudou.”

Além das alterações cognitivas, os participantes também descreveram limitações funcionais associadas ao tratamento, especialmente relacionadas à fadiga, à redução da energia física e à dificuldade para executar atividades cotidianas. Essas limitações foram frequentemente mencionadas em conjunto com os efeitos colaterais da quimioterapia, como fraqueza, náuseas e dor corporal.

Entre as dificuldades funcionais relatadas destacam-se a redução da capacidade para realizar tarefas domésticas, menor disposição para iniciar atividades e necessidade de períodos mais frequentes de repouso.

Alguns participantes relataram:

“Não tenho mais a mesma disposição para fazer as coisas.”

“Antes eu fazia tudo em casa, agora me canso muito rápido.”

“O corpo pede descanso o tempo todo.”

Esses relatos indicam que os impactos do tratamento oncológico ultrapassam as dimensões estritamente físicas, envolvendo também aspectos cognitivos e funcionais que podem interferir no desempenho das atividades diárias e na percepção de autonomia dos indivíduos. Ao mesmo tempo, a heterogeneidade observada nos relatos sugere que as alterações cognitivas associadas ao tratamento oncológico podem se manifestar de forma variável entre os pacientes, dependendo de fatores individuais, clínicos e contextuais.

A seguir, tabela com as subcategorias citadas no texto acima.

Tabela 11

Alterações cognitivas percebidas

Alteração cognitiva	n	%
Esquecimento frequente	46	21,2
Dificuldade de concentração	28	12,9
Lentificação do pensamento	17	7,8
Não percebe alterações cognitivas	124	57,1

6. DISCUSSÃO

6.1 Principais achados

O presente estudo teve como objetivo investigar as relações entre sofrimento emocional, estratégias de enfrentamento, barreiras à adesão ao tratamento e cognição percebida, em pessoas em tratamento oncológico com quimioterapia. De modo geral, os resultados evidenciaram que o adoecimento oncológico constitui uma experiência complexa e multidimensional, marcada por repercussões emocionais, cognitivas, comportamentais e sociais que impactam significativamente o cotidiano dos indivíduos (Bray et al., 2022; Grassi et al., 2021).

Esses achados reforçam a compreensão do câncer como um fenômeno que ultrapassa a dimensão estritamente biomédica, envolvendo processos psicológicos e sociais relevantes ao

longo do percurso terapêutico, conforme destacado tanto na literatura internacional quanto nacional (Costa, 2021; Grassi et al., 2021; Silveira & Silva, 2024; WHO, 2023).

No presente estudo, os resultados quantitativos indicaram níveis relevantes de sofrimento psicológico, particularmente relacionados a sintomas de estresse, ansiedade e depressão avaliados por meio da DASS-21. Observou-se, ainda, associação entre sofrimento emocional e maior percepção de barreiras à adesão ao tratamento, sugerindo que sintomas emocionais podem interferir na forma como as demandas terapêuticas são percebidas e manejadas, com impacto potencial sobre o engajamento em comportamentos de cuidado e a continuidade do tratamento (Bishay et al., 2022; WHO, 2023).

Identificou-se, também, associação inversa entre sofrimento emocional e cognição percebida, indicando que participantes com maiores níveis de estresse, ansiedade e depressão tenderam a relatar pior funcionamento cognitivo no FACT-Cog. Esse achado é consistente com evidências de que o sofrimento emocional se associa a pior percepção de desempenho cognitivo em contexto oncológico, sobretudo quando há fadiga, alterações de sono e sobrecarga adaptativa, compondo um quadro biopsicossocial das queixas cognitivas (Ahles & Root, 2020; Janelsins et al., 2020; Vardy et al., 2021).

Outro resultado relevante refere-se às associações entre estratégias de enfrentamento e sofrimento emocional. As análises indicaram que reações emocionais negativas estiveram associadas a maiores níveis de estresse, ansiedade e depressão, enquanto o engajamento no tratamento apresentou associação inversa com sofrimento emocional. Esses resultados convergem com estudos que apontam que estratégias mais adaptativas (p. ex., engajamento, reestruturação de rotinas e busca de suporte) tendem a favorecer melhor ajustamento psicológico e maior adesão terapêutica (Caruso et al., 2020; Grassi et al., 2021).

No que se refere às características sociodemográficas e clínicas, observou-se predominância do sexo feminino e média de idade em torno da meia-idade, padrão frequentemente descrito em amostras clínicas com elevada proporção de cânceres de mama e ginecológicos. As análises indicaram ainda diferenças de sexo nos níveis de sofrimento emocional, com mulheres apresentando escores mais elevados na DASS-21, o que dialoga com evidências de maior vulnerabilidade a sintomas internalizantes e maior relato de sofrimento

em instrumentos de autorrelato em mulheres (Bray et al., 2022; Grassi et al., 2021; Niedzwiedz et al., 2021). Esse achado pode ser compreendido a partir da interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais.

No contexto oncológico, mulheres frequentemente enfrentam tratamentos prolongados, alterações na imagem corporal, repercussões sobre papéis familiares e ocupacionais, além de demandas de cuidado frequentemente atribuídas socialmente ao gênero feminino. Adicionalmente, aspectos culturais podem favorecer maior reconhecimento e expressão emocional do sofrimento, enquanto fatores hormonais e psicobiológicos também têm sido apontados como potenciais contribuintes para maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em mulheres (Grassi et al., 2021; Slavich, 2020).

Os resultados qualitativos complementaram as análises quantitativas ao evidenciar a experiência subjetiva do adoecimento oncológico. Os relatos indicaram que o diagnóstico foi frequentemente vivenciado como um momento de intenso impacto emocional, caracterizado por choque, medo e incerteza quanto ao futuro. Também foram relatadas mudanças relevantes na rotina (p. ex., afastamento do trabalho, redução da participação social e reorganização de atividades) em função das demandas do tratamento, reforçando o caráter disruptivo do câncer na vida cotidiana (Bray et al., 2022; Grassi et al., 2021; Vardy et al., 2021).

Paralelamente, emergiram diferentes estratégias de enfrentamento, com destaque para apoio familiar, espiritualidade e suporte social, frequentemente descritos como fundamentais para sustentar esperança e continuidade do tratamento. A literatura recente tem destacado esses recursos como fatores protetivos associados a melhor adaptação emocional e maior engajamento em pessoas com câncer (Grassi et al., 2021; Omari et al., 2022).

Os relatos qualitativos sugerem que participantes com menor sofrimento emocional frequentemente descreviam relações familiares percebidas como protetivas, presença de fé ou espiritualidade, apoio de profissionais de saúde e estratégias voltadas para aceitação e reorganização da rotina. Esses recursos parecem ter favorecido maior sensação de controle diante das incertezas do tratamento, contribuindo para menor impacto emocional, melhor percepção cognitiva e menor presença de barreiras à adesão. Tais achados corroboram estudos que descrevem o suporte social, a espiritualidade e o enfrentamento ativo como importantes

fatores protetivos para a adaptação ao câncer e para a manutenção do impacto funcional durante o tratamento (Grassi et al., 2021; Omari et al., 2022; Hulbert-Williams et al., 2021).

6.2 Sofrimento emocional no contexto do câncer

Os resultados evidenciaram níveis relevantes de sofrimento emocional entre os participantes, especialmente em ansiedade, depressão e estresse. Esse achado é compatível com estudos recentes que indicam elevada prevalência de sofrimento psicológico em pessoas com câncer, com repercussões relevantes sobre o funcionamento diário ao longo do tratamento (Bray et al., 2022; Grassi et al., 2021). Contudo, é importante considerar que, em virtude do delineamento transversal do presente estudo, não é possível determinar em que medida esses indicadores já estavam presentes antes do diagnóstico oncológico ou foram intensificados pelo processo de adoecimento e tratamento. Evidências sugerem que transtornos de ansiedade e depressão podem anteceder o diagnóstico em parte dos pacientes, coexistindo com fatores de vulnerabilidade prévia, enquanto o câncer e suas demandas tendem a atuar como importantes estressores capazes de desencadear ou agravar sintomas emocionais preexistentes (Caruso & Breitbart, 2020; Grassi et al., 2020; Niedzwiedz et al., 2021).

Além disso, o diagnóstico oncológico costuma ser vivenciado como um evento potencialmente estressor, mobilizando respostas emocionais relacionadas à ameaça à vida, à incerteza quanto ao prognóstico e ao medo do tratamento. Esse padrão foi observado nos dados qualitativos do presente estudo, nos quais participantes descreveram susto, choque, medo e ruptura de expectativas, apontando para a dimensão existencial e simbólica frequentemente associada ao câncer (Bray et al., 2022; Grassi et al., 2021).

Somado a isso, o início do tratamento foi descrito como um período particularmente desafiador, com necessidade de adaptação simultânea às exigências físicas e emocionais. Mudanças na rotina - como afastamento do trabalho e redução de atividades sociais - podem intensificar o sofrimento por envolver perdas concretas e simbólicas relacionadas à autonomia, identidade e pertencimento, contribuindo para piora da funcionalidade durante o tratamento (Bray et al., 2022; Vardy et al., 2021).

A literatura indica que ansiedade e depressão podem afetar significativamente a funcionalidade e a adesão ao tratamento, interferindo na motivação, no autocuidado e na

capacidade de manejar demandas terapêuticas. Assim, o rastreamento sistemático de indicadores de estresse, ansiedade e depressão ao longo da linha de cuidado oncológico constitui uma estratégia relevante para a identificação precoce de indivíduos em maior vulnerabilidade psicossocial, possibilitando intervenções oportunas voltadas à redução do sofrimento emocional e à promoção da adaptação ao tratamento (Bishay et al., 2022; Caruso et al., 2020; WHO, 2023). Embora avaliações prévias ao diagnóstico não façam parte da rotina assistencial da maioria dos serviços, a identificação precoce desses indicadores pode contribuir para o reconhecimento de fatores de risco e para o planejamento de intervenções preventivas e terapêuticas mais individualizadas.

No presente estudo, a associação positiva entre sofrimento emocional e barreiras à adesão sugere que estados emocionais negativos podem aumentar a percepção de obstáculos e reduzir a capacidade de sustentação de rotinas terapêuticas, sobretudo em contextos de sobrecarga, restrições econômicas e sintomas físicos intensos. Esse achado é coerente com evidências de que depressão, ansiedade e estresse estão associados a menor persistência em tratamentos crônicos e a maiores dificuldades de continuidade do cuidado (Bishay et al., 2022; WHO, 2023). Entretanto, em razão do delineamento transversal, não é possível estabelecer relações causais entre essas variáveis. Os resultados apontam para uma possível relação funcional entre sofrimento emocional e adesão ao tratamento, hipótese que deve ser explorada em estudos longitudinais capazes de examinar a direção e a estabilidade dessas associações ao longo do percurso terapêutico.

A associação entre sofrimento emocional e pior cognição percebida também reforça um mecanismo relevante: estresse, ansiedade e depressão podem comprometer atenção, memória de trabalho e planejamento, intensificando queixas cognitivas e dificultando a organização da rotina terapêutica. Em oncologia, a literatura enfatiza que queixas cognitivas são influenciadas por múltiplos fatores (biológicos e psicossociais), incluindo humor, fadiga e sono (Ahles & Root, 2020; Janelins et al., 2020; Vardy et al., 2021).

Em conjunto, esses achados sugerem que o sofrimento emocional ocupa posição central na experiência do adoecimento oncológico, influenciando simultaneamente aspectos cognitivos, comportamentais e relacionados à adesão ao tratamento. Tal resultado reforça a

importância de modelos biopsicossociais de cuidado capazes de integrar avaliação e intervenção psicológica ao acompanhamento oncológico.

6.3 Diferenças de gênero no sofrimento emocional

Os resultados indicaram maior sofrimento emocional entre mulheres, evidenciado por escores mais elevados na DASS-21. Esse achado é compatível com estudos recentes que indicam elevada prevalência de sofrimento psicológico em pessoas com câncer, com repercussões relevantes sobre o funcionamento diário ao longo do tratamento, tanto em estudos internacionais quanto brasileiros (Bray et al., 2022; Costa, 2021; Grassi et al., 2021).

Fatores socioculturais relacionados à socialização de gênero, à sobrecarga de responsabilidades e a expectativas de papel social podem aumentar o risco de sofrimento emocional em mulheres durante o adoecimento, especialmente quando o tratamento impõe mudanças no cuidado familiar, no trabalho e na imagem corporal. No contexto oncológico, esses fatores podem intensificar preocupações com família, corpo e relações, ampliando a carga emocional do tratamento (Bray et al., 2022; Grassi et al., 2021).

A predominância de cânceres de mama e ginecológicos na amostra pode ter contribuído para maior participação feminina e para maior exposição a estressores específicos associados à imagem corporal, sexualidade e identidade, aspectos descritos na literatura como relevantes para o bem-estar psicológico e qualidade de vida durante o tratamento (Caruso et al., 2020; Vardy et al., 2021).

No presente estudo, homens apresentaram médias mais elevadas no FACT-Cog, sugerindo melhor cognição percebida ou menor relato de queixas cognitivas. Evidências apontam que humor, fadiga e estresse podem intensificar queixas cognitivas, e que mulheres podem reportar mais alterações percebidas, especialmente durante quimioterapia, o que reforça a necessidade de avaliação integrada de sintomas emocionais e cognitivos (Ahles & Root, 2020; Janelisins et al., 2020; Vardy et al., 2021).

Também é possível que diferenças de gênero reflitam padrões distintos de expressão e comunicação do sofrimento, com homens relatando menos sintomas em instrumentos de autorrelato por normas culturais relacionadas à masculinidade, o que pode subestimar

sofrimento em parte desse grupo. Isso sugere a importância de estratégias de triagem sensíveis e de abordagens clínicas que considerem essas diferenças de relato (Bishay et al., 2022; Grassi et al., 2021).

Em conjunto, esses achados sugerem que o sofrimento emocional ocupa posição central na experiência do adoecimento oncológico, influenciando simultaneamente aspectos cognitivos, comportamentais e relacionados à adesão ao tratamento. Tal resultado reforça a importância de modelos biopsicossociais de cuidado capazes de integrar avaliação e intervenção psicológica ao acompanhamento oncológico.

6.4 Estratégias de enfrentamento

Os resultados indicaram que os participantes mobilizam recursos psicológicos e sociais para lidar com o tratamento oncológico. Quantitativamente, a E3PO evidenciou que maior engajamento no tratamento esteve associado a menor sofrimento emocional, enquanto reações emocionais negativas se associaram a maiores níveis de estresse, ansiedade e depressão, o que reforça a relevância do *coping* como mecanismo de adaptação ao câncer (Caruso et al., 2020; Grassi et al., 2021).

Os achados qualitativos detalham como essas estratégias se materializam no cotidiano: participantes relataram apoio familiar, espiritualidade e suporte social como sustentação emocional e prática para enfrentar sintomas, incertezas e mudanças na rotina. Esse resultado é consistente com a literatura que descreve o suporte social como fator protetivo, associado a melhor ajustamento psicológico e maior manutenção de comportamentos de autocuidado ao longo do tratamento (Bishay et al., 2022; Omari et al., 2022).

O apoio familiar foi frequentemente descrito como fonte de acompanhamento em consultas, ajuda com tarefas e conforto emocional, compondo uma rede de suporte que reduz a percepção de sobrecarga e pode favorecer a adesão. Estudos mostram que suporte social reduz impacto do estresse e melhora bem-estar psicológico em oncologia, especialmente quando associado a comunicação efetiva e cuidado compartilhado (Caruso et al., 2020; Omari et al., 2022).

A espiritualidade emergiu como recurso de sentido, esperança e força, frequentemente mobilizado em momentos de medo e incerteza. Evidências recentes indicam que espiritualidade pode favorecer aceitação, construção de significado e resiliência, funcionando como estratégia de enfrentamento com impacto positivo sobre sofrimento psicológico em pessoas com câncer (Grassi et al., 2021; Omari et al., 2022).

Além disso, o engajamento ativo - adesão a rotinas, participação em decisões e busca por organização do cuidado - pode aumentar o senso de autonomia e controle, reduzindo desesperança e favorecendo a adaptação. A literatura tem indicado que o sentimento de autoeficácia e o engajamento no cuidado se associam a melhor ajustamento emocional e melhor adesão a tratamentos crônicos (Bishay et al., 2022; Caruso et al., 2020).

6.5 Barreiras à adesão aos cuidados

O presente estudo identificou associação entre sofrimento emocional e maior percepção de barreiras à adesão aos cuidados. Esse achado sugere que sintomas emocionais podem intensificar a percepção de obstáculos e reduzir a capacidade de manter rotinas terapêuticas, especialmente quando o tratamento é prolongado e exige logística frequente e reorganização da vida cotidiana (Bishay et al., 2022; WHO, 2023).

A literatura enfatiza que adesão é um fenômeno multifatorial, influenciado por condições emocionais, cognitivas, sociais e estruturais. Em oncologia, estresse, depressão e ansiedade podem reduzir motivação e energia, além de afetar planejamento e persistência, aumentando risco de faltas, descontinuidade e manejo irregular de recomendações (Bishay et al., 2022; WHO, 2023).

O achado de associação entre barreiras e dificuldades cognitivas percebidas aponta para um mecanismo adicional: queixas de atenção, memória e planejamento podem dificultar o gerenciamento do tratamento (horários, consultas, exames, medicações), principalmente quando acompanhadas de fadiga e sofrimento emocional. A literatura sobre *cancer-related cognitive impairment* destaca que as queixas cognitivas, mesmo quando sutis, podem ter impacto funcional relevante no cotidiano (Ahles & Root, 2020; Janelins et al., 2020; Vardy et al., 2021).

Observou-se, ainda, que participantes com escolaridade intermediária apresentaram maior percepção de barreiras, resultado que pode refletir maior consciência das exigências do tratamento e/ou desafios contextuais específicos. Uma hipótese plausível é que esse grupo esteja mais frequentemente exposto a demandas laborais e familiares simultâneas, vivendo maior tensão entre manter responsabilidades e cumprir rotinas terapêuticas, o que amplia a percepção de obstáculos (Bishay et al., 2022; WHO, 2023).

Os relatos qualitativos sustentam essa interpretação ao descreverem dificuldades logísticas, reorganização de rotina, dependência de transporte e impacto do afastamento do trabalho. Somados aos efeitos físicos (fadiga, náuseas, dor), esses elementos podem aumentar a carga adaptativa e, conseqüentemente, a percepção de barreiras, reforçando a necessidade de intervenções psicossociais e de apoio institucional (Bray et al., 2022; Vardy et al., 2021).

6.6 Alterações cognitivas percebidas

Os resultados evidenciaram associação entre maior sofrimento emocional e pior cognição percebida no FACT-Cog, indicando que participantes com maior estresse, ansiedade e depressão tenderam a relatar maiores dificuldades cognitivas. Esse achado está de acordo com a literatura sobre *cancer-related cognitive impairment/chemobrain*, que descreve alterações cognitivas associadas ao câncer e ao tratamento, influenciadas por múltiplos mecanismos (Ahles & Root, 2020; Janelins et al., 2020).

Estudos indicam que dificuldades de memória, atenção e redução da velocidade de processamento podem ocorrer durante e após o tratamento, associadas a neurotoxicidade, processos inflamatórios, alterações hormonais, fadiga e transtornos de sono. Contudo, fatores emocionais também desempenham papel relevante, influenciando tanto desempenho quanto percepção subjetiva do funcionamento cognitivo, especialmente em medidas de autorrelato (Ahles & Root, 2020; Bray et al., 2022; Vardy et al., 2021).

Embora a literatura aponte a contribuição de mecanismos biológicos, como neurotoxicidade associada ao tratamento, processos inflamatórios e alterações hormonais, o presente estudo não avaliou diretamente essas variáveis. Dessa forma, não é possível estimar sua influência específica sobre o funcionamento cognitivo dos participantes. Por outro lado, os resultados evidenciaram associações significativas entre sofrimento emocional e pior cognição

percebida, sugerindo que fatores psicológicos também desempenham papel relevante na experiência subjetiva das alterações cognitivas. Assim, os achados reforçam a compreensão contemporânea de que a cognição percebida no contexto oncológico resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e comportamentais, cuja contribuição relativa deve ser investigada em estudos futuros com delineamentos longitudinais e medidas multimodais (Ahles & Root, 2020; Bray et al., 2022; Vardy et al., 2021).

Os relatos qualitativos reforçam a dimensão funcional dessas queixas: participantes descreveram lapsos de memória, dificuldade de concentração e lentificação do pensamento, com repercussões adversas em conversas, tarefas diárias e organização de compromissos. Essa convergência entre quantitativo e qualitativo fortalece a interpretação de que as alterações cognitivas percebidas são clinicamente relevantes e devem ser consideradas no cuidado integral (Janelins et al., 2020; Vardy et al., 2021).

Além da avaliação sistemática dessas queixas, a literatura sugere que intervenções psicoeducativas podem auxiliar pacientes a reconhecer alterações cognitivas associadas ao tratamento, diferenciando-as de sinais de progressão da doença ou de falhas pessoais. Esse processo favorece maior compreensão sobre os efeitos do tratamento, reduz sentimento de insegurança e auto culpabilização e possibilita o desenvolvimento de estratégias compensatórias para organização da rotina, como uso de agendas, lembretes, registros escritos e estabelecimento de prioridades. Dessa forma, a identificação precoce das alterações cognitivas pode contribuir para maior autonomia e adaptação ao tratamento (Janelins et al., 2020; Vardy et al., 2021; Bray et al., 2022).

A fadiga e alterações de sono, frequentemente citadas no contexto do tratamento, também podem intensificar queixas cognitivas e reduzir o desempenho funcional, compondo um quadro que afeta autonomia e o funcionamento geral. Dessa forma, avaliar cognição percebida, fadiga e sofrimento emocional de maneira integrada é crucial para compreender a experiência do paciente e direcionar intervenções (Bray et al., 2022; Vardy et al., 2021).

Intervenções psicológicas podem incluir psicoeducação sobre queixas cognitivas, treinamento de estratégias compensatórias (organização, lembretes, rotinas), além de manejo de estresse e regulação emocional, reduzindo o impacto funcional dessas dificuldades. A

literatura recente tem defendido abordagens integradas e centradas na funcionalidade cotidiana para lidar com queixas cognitivas em oncologia (Janelins et al., 2020; Vardy et al., 2021).

6.7 Impactos na rotina e funcionalidade

Os relatos qualitativos complementaram as análises quantitativas ao evidenciar a experiência subjetiva do adoecimento oncológico, aspecto amplamente discutido na literatura nacional em psico-oncologia, que destaca a centralidade das vivências subjetivas no enfrentamento do câncer (Silveira & Silva, 2024).

O afastamento do trabalho apareceu como experiência especialmente significativa, associado à perda de autonomia, redução da independência financeira e mudanças na identidade ocupacional. A literatura mostra que o trabalho é um componente importante de identidade e pertencimento, e sua interrupção pode amplificar sofrimento emocional, especialmente quando associada a limitações físicas e dependência de terceiros (Bray et al., 2022; Grassi et al., 2021)

A redução de atividades sociais e de lazer pode favorecer o isolamento, reduzir fontes de reforço positivo e enfraquecer redes de apoio, contribuindo para piora do bem-estar psicológico. Em oncologia, limitações de participação social durante o tratamento são frequentemente associadas a pior qualidade de vida e maior sofrimento emocional, sobretudo quando a fadiga é intensa e persistente (Bray et al., 2022; Vardy et al., 2021;).

As demandas logísticas (deslocamentos, consultas, exames, procedimentos médicos invasivos) e os sintomas físicos decorrentes do tratamento podem atuar como condições estabelecedoras de estresse adicional, exigindo reorganização familiar e dependência de transporte e acompanhamento, o que pode aumentar a percepção de carga psicológica e vulnerabilidade. Essas barreiras contextuais são reconhecidas em diretrizes e relatórios de saúde como determinantes de continuidade do cuidado e qualidade de vida (Bishay et al., 2022; WHO, 2023).

Nesse contexto, estratégias assistenciais voltadas à redução da vulnerabilidade psicossocial podem incluir o rastreamento sistemático de sofrimento emocional, a identificação precoce de barreiras à adesão, intervenções psicoeducativas, fortalecimento das redes de apoio

familiar e social e a articulação com recursos institucionais que facilitem o acesso e a continuidade do tratamento. Evidências sugerem que abordagens multiprofissionais capazes de integrar suporte emocional, orientação prática e promoção de estratégias adaptativas de enfrentamento contribuem para maior engajamento terapêutico, redução do sofrimento psicológico e melhora da qualidade de vida em pessoas com câncer (Carlson & Bultz, 2021; Grassi, 2020; Hulbert-Williams et al., 2021).

Apesar das perdas e restrições, parte dos participantes relatou adaptação e resignificação, com valorização de relações e redefinição de prioridades. A literatura contemporânea aponta que processos de significado e redefinição de valores podem coexistir com sofrimento e limitações funcionais, compondo um quadro complexo de adaptação ao adoecimento (Bray et al., 2022; Grassi et al., 2021).

Os achados do presente estudo reforçam essa perspectiva, uma vez que participantes que relataram maior apoio familiar, suporte social e recursos de enfrentamento adaptativos tenderam a apresentar melhor ajustamento emocional, menor percepção de barreiras e maior capacidade de adaptação às exigências impostas pelo tratamento.

6.8 Experiência subjetiva do diagnóstico

Os relatos indicaram que o diagnóstico foi vivenciado como choque, medo e ruptura, frequentemente acompanhado por incerteza e antecipação de perdas. Esse resultado é coerente com a literatura que descreve o diagnóstico como momento crítico do percurso do câncer, com alta carga emocional e potencial traumático, demandando suporte psicológico e informacional (Bray et al., 2022; Grassi et al., 2021).

A forma como o diagnóstico é interpretado pode influenciar o enfrentamento subsequente, o engajamento no tratamento e a adaptação emocional, sobretudo quando o indivíduo se depara com representações sociais negativas sobre o câncer e com o medo de progressão da doença. Evidências recentes apontam que intervenções precoces no pós-diagnóstico podem reduzir sofrimento e favorecer adaptação ao longo do tratamento (Grassi et al., 2021; WHO, 2023).

Também emergiram relatos de adaptação gradual, sugerindo que, após o choque inicial, alguns participantes passaram a construir maior compreensão sobre a doença e mobilizar estratégias de enfrentamento mais organizadas. A literatura descreve que o ajustamento ao câncer envolve processos dinâmicos de regulação emocional e reorganização de vida, variando conforme suporte social, condições clínicas e recursos pessoais (Caruso et al., 2020; Grassi et al., 2021).

Além disso, relatos de ressignificação foram observados, com mudanças na percepção de vida, maior valorização de vínculos e redefinição de prioridades, indicando que a experiência do diagnóstico pode desencadear transformações subjetivas relevantes. Estudos recentes em psico-oncologia apontam que experiências de significado e crescimento podem ocorrer em diferentes momentos do tratamento, sem eliminar a presença de sofrimento (Grassi et al., 2021; Bray et al., 2022).

6.9 Integração dos achados quantitativos e qualitativos

A integração de dados quantitativos e qualitativos permitiu compreender a experiência do câncer de forma mais abrangente, articulando padrões estatísticos com a vivência cotidiana relatada pelos participantes. Em estudos de fenômenos complexos, como o adoecimento oncológico, abordagens mistas favorecem uma interpretação mais contextualizada e clinicamente útil (Grassi et al., 2021; WHO, 2023).

As análises quantitativas evidenciaram associações entre sofrimento emocional, pior cognição percebida e maior percepção de barreiras à adesão, sugerindo um eixo de vulnerabilidade no qual sofrimento psicológico se relaciona a dificuldades cognitivas e funcionais que aumentam a sobrecarga do manejo do tratamento. Evidências recentes sustentam essas conexões, destacando a interdependência entre estado de humor, cognição percebida e capacidade de manter rotinas terapêuticas (Ahles & Root, 2020; Janelins et al., 2020; Vardy et al., 2021).

Os relatos qualitativos, por sua vez, explicitaram como essas associações se manifestam na prática: reorganização de rotina, interrupção do trabalho, limitações sociais, efeitos colaterais, dependência logística e oscilações emocionais, compondo uma experiência vivida que dá sentido aos achados numéricos. Assim, o material qualitativo atua como base

interpretativa para compreender os possíveis mecanismos envolvidos nas associações observadas entre sofrimento emocional, cognição percebida e adesão ao tratamento (Bray et al., 2022; Grassi et al., 2021).

Sob uma perspectiva assistencial, esses resultados sugerem que serviços de Psico-oncologia devem priorizar a identificação precoce de sofrimento emocional, dificuldades cognitivas percebidas, barreiras à adesão e fragilidades na rede de apoio social. Nesse contexto, a atuação psicológica não se restringe ao manejo de sintomas ansiosos e depressivos, mas inclui intervenções psicoeducativas, fortalecimento de estratégias adaptativas de enfrentamento, apoio à reorganização da rotina e facilitação da comunicação entre paciente, familiares e equipe de saúde. A literatura destaca que modelos de cuidado integrados e multiprofissionais favorecem maior adesão ao tratamento e melhor ajustamento psicológico ao longo do percurso terapêutico (Carlson & Bultz, 2021; Grassi, 2020; Hulbert-Williams et al., 2021).

Os achados do presente estudo sugerem, ainda, que participantes com maiores níveis de sofrimento emocional e pior cognição percebida constituem um grupo potencialmente mais vulnerável a dificuldades adaptativas ao longo do tratamento, uma vez que apresentaram simultaneamente maior percepção de barreiras à adesão. Por outro lado, recursos identificados nos relatos qualitativos, como apoio familiar, espiritualidade e suporte social, mostraram-se importantes elementos de adaptação ao tratamento, reforçando seu potencial como alvos de intervenção psicológica e promoção da saúde.

Esses achados qualitativos também evidenciaram processos de ressignificação da experiência do adoecimento, maior valorização das relações interpessoais e redefinição de prioridades, dimensões que nem sempre são plenamente captadas por instrumentos padronizados, mas que desempenham papel central na adaptação ao câncer. Essa complementaridade entre dados quantitativos e qualitativos reforça o valor do método misto, ao possibilitar uma compreensão mais abrangente do fenômeno investigado, integrando indicadores quantitativos e a experiência vivida dos participantes. A integração entre indicadores quantitativos e a experiência subjetiva do adoecimento também é enfatizada na literatura, que destaca a importância de compreender o câncer de forma contextualizada e

sensível às dimensões psicossociais (Costa, 2021; Silveira & Silva, 2024; Omari et al., 2022; Grassi et al., 2021).

7. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar as relações entre sofrimento emocional, estratégias de enfrentamento, barreiras à adesão ao tratamento e cognição percebida em pessoas em tratamento oncológico com quimioterapia. Os resultados evidenciaram que o adoecimento oncológico constitui uma experiência complexa e multidimensional, marcada por repercussões emocionais, cognitivas, comportamentais e sociais que impactam significativamente o cotidiano e o funcionamento global dos indivíduos.

De modo geral, observou-se que níveis mais elevados de estresse, ansiedade e depressão estiveram associados a maiores barreiras à adesão ao tratamento, maior impacto percebido das alterações cognitivas, corroborando a literatura contemporânea em psico-oncologia (Grassi et al., 2021; Bray et al., 2022). Por outro lado, estratégias de enfrentamento mais adaptativas mostraram-se associadas a melhores indicadores de ajustamento psicológico e maior engajamento terapêutico, reforçando o papel do *coping* como variável central na adaptação ao câncer.

As alterações cognitivas percebidas também se destacaram como variável relevante, estando associadas ao sofrimento emocional e às dificuldades no manejo do tratamento. Esse achado reforça a compreensão de que a experiência cognitiva subjetiva deve ser considerada no contexto clínico, não apenas como efeito colateral do tratamento, mas como dimensão que impacta diretamente a autonomia, a organização da rotina e a adesão terapêutica (Ahles & Root, 2020; Vardy et al., 2021).

Durante o processo de coleta de dados, observou-se que diversos participantes relataram satisfação em participar da pesquisa, destacando a importância de serem ouvidos e de poderem compartilhar vivências relacionadas ao tratamento. Para alguns, esse momento foi percebido como um espaço significativo de escuta e expressão emocional. Ressalta-se, entretanto, que tais percepções não configuram intervenção terapêutica, mas evidenciam a relevância de ambientes de acolhimento e escuta qualificada no contexto hospitalar, aspecto amplamente discutido na literatura em psico-oncologia.

Os achados deste estudo reforçam a importância da atuação da psicologia no cuidado oncológico, especialmente no que se refere à identificação precoce de sofrimento emocional, alterações cognitivas percebidas e barreiras à adesão ao tratamento. Essas dimensões impactam diretamente o funcionamento do sujeito, o ajustamento emocional e a continuidade terapêutica, indicando que o acompanhamento psicológico deve ser compreendido como parte essencial do cuidado integral em oncologia (Grassi et al., 2021; WHO [WHO], 2023).

Do ponto de vista clínico, os resultados sugerem que intervenções psicológicas devem priorizar o manejo do estresse, a psicoeducação sobre sintomas emocionais e cognitivos, o fortalecimento de estratégias adaptativas de enfrentamento e a ampliação da rede de apoio. Estratégias baseadas em evidências, como regulação emocional, reestruturação cognitiva, resolução de problemas e suporte social, têm demonstrado efeitos positivos na adaptação ao tratamento e no engajamento terapêutico (Caruso et al., 2020; Omari et al., 2022).

Adicionalmente, a associação entre sofrimento emocional, barreiras à adesão e cognição percebida indica a necessidade de intervenções que incluam estratégias compensatórias para organização da rotina terapêutica, como planejamento de atividades, uso de lembretes e estruturação de tarefas, bem como psicoeducação e validação clínica das queixas cognitivas. Esse cuidado pode contribuir para redução do impacto funcional e maior participação ativa no tratamento (Carlson et al., 2021; Greer et al., 2020; Vardy et al., 2021).

Os dados qualitativos também destacam a relevância dos recursos socioculturais, como família, rede de apoio e espiritualidade, na experiência do adoecimento. A consideração desses elementos no planejamento de intervenções mostra-se fundamental para uma prática clínica contextualizada, sensível às particularidades dos indivíduos e alinhada aos princípios da psico-oncologia contemporânea (Omari et al., 2022; WHO, 2023).

Entre as limitações do estudo, destaca-se o delineamento transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis investigadas. A utilização de instrumentos de autorrelato também pode introduzir vieses, uma vez que depende da percepção subjetiva dos participantes, que pode variar conforme o estado emocional e o contexto no momento da coleta. Além disso, a amostra foi composta por indivíduos atendidos em um único serviço de saúde, o que pode limitar a generalização dos resultados.

Apesar dessas limitações, o estudo contribui ao integrar diferentes dimensões do funcionamento psicológico em oncologia, articulando dados quantitativos e qualitativos para uma compreensão mais abrangente do processo de adoecimento. Pesquisas futuras podem adotar delineamentos longitudinais para investigar a evolução dessas variáveis ao longo do tratamento, bem como explorar intervenções psicológicas direcionadas à redução do sofrimento emocional, ao fortalecimento do enfrentamento, à diminuição de barreiras à adesão e à promoção do bem-estar psicológico e da adaptação ao tratamento (WHO, 2023; Grassi et al., 2021).

Por fim, este estudo reforça a importância de uma abordagem biopsicossocial no cuidado oncológico, destacando o papel da psico-oncologia na promoção de um cuidado mais integral, humanizado e sensível às múltiplas dimensões que atravessam a experiência do câncer.

8. REFERÊNCIAS

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Ahles, T. A., & Root, J. C. (2020). Cognitive effects of cancer and cancer treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 425–451. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071319-024537>
- Alves, G. A., & Menezes, R. F. (2025). *A atuação do psicólogo na psico-oncologia: uma revisão bibliográfica* (Trabalho de Conclusão de Curso). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Repositório PUC Goiás. <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/9539>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>

Bishay, K., Altman, J. K., & Bhatia, R. (2022). Psychological distress and adherence to cancer treatment: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 30(6), 4937–4947. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06958-6>

Bours, M. J. L., van der Linden, B. W. A., Winkels, R. M., & van Duijnhoven, F. J. B. (2020). Determinants of adherence to lifestyle recommendations among cancer survivors. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 29(5), 1012–1020. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-1161>

Bray, V. J., Dhillon, H. M., Bell, M. L., Kabourakis, M., Fiero, M. H., Yip, D., Boyle, F., & Vardy, J. (2022). Evaluation of a web-based cognitive rehabilitation program for cancer survivors reporting cognitive symptoms. *Journal of Clinical Oncology*, 40(5), 523–534. <https://doi.org/10.1200/JCO.21.01724>

Campos, E. M. P., Rodrigues, A. L., & Castanho, P. (2021). Intervenções psicológicas na psico-oncologia. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 29(1), 41–47.

Carlson, L. E., Zelinski, E., Toivonen, K., Sundstrom, L., Jobin, C. T., Damaskos, P., & Zebrack, B. (2021). Prevalence of psychosocial distress in cancer patients across 55 North American cancer centers. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*, 3(1), e048. <https://doi.org/10.1097/OR9.0000000000000048>

Caruso, R., & Breitbart, W. (2020). Mental health care in oncology: Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e86. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000866>

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1999). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.

Casellas-Grau, A., Ochoa, C., & Ruini, C. (2021). Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: A systematic and critical review. *Psycho-Oncology*, 30(7), 1029–1039. <https://doi.org/10.1002/pon.5656>

Chang, E. C. (2020). *Coping strategies and psychological adjustment to chronic illness*. In E. C. Chang (Ed.), *Coping with stress: Effective people and processes*. Oxford University Press.

Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)* (Tese de doutorado). Universidade Federal de São Paulo.

Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., & Williams, E. K. (2017). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*, 69(3), 1–10. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12175>

Danzmann, P. S., Pinto da Silva, A. C. P., & Carlesso, J. P. P. (2020). Psico-oncologia e amparo a indivíduos com câncer: uma revisão de literatura. *Psicologia e Saúde em Debate*, 6(1), 244–255. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V6N1A17>

DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200–209. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Knafo-Noam, A. (2021). *Emotion regulation and coping in the development of psychological adjustment*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 407–432. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093507>

Gater, A., Abetz-Webb, L., Batty, A., & Morel, T. (2021). Patient adherence to oral anticancer medications: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 29(7), 3645–3660. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05918-4>

Grassi, L. (2020). *Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: The agenda of psycho-oncology*. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e89. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000829>

Gomes, L. I., (2021). *A atuação do psicólogo para a construção do cuidado em psico-oncologia com pacientes, familiares e cuidadores no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Trabalhos de Conclusão de Curso de Psicologia. <https://revista.fcc.edu.br/index.php/tcc-psico/article/view/162>

Greer, J. A., Amoyal, N., Nisotel, L., Fishbein, J. N., MacDonald, J. J., Stagl, J. M., ... Pirl, W. F. (2016). A systematic review of adherence to oral anticancer therapies. *Journal of Oncology Practice*, 12(3), e409–e424. <https://doi.org/10.1200/JOP.2015.009340>

Hagger, M. S., Keech, J. J., & Hamilton, K. (2020). Managing stress during the COVID-19 pandemic and beyond: Reappraisal and coping strategies. *Health Psychology Review*, 14(3), 1–17. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1763333>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Holland, J. C., Breitbart, W. S., Butow, P. N., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., & McCorkle, R. (2015). *Psycho-oncology* (3rd ed.). Oxford University Press.

Hospital Universitário de Brasília. (2024). *Hospital Universitário de Brasília – HUB-UnB*. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hub-unb>

Hulbert-Williams, N. J., Beatty, L., & Dhillon, H. M. (2021). Psychological support for patients with cancer: Evidence-based interventions. *The Lancet Oncology*, 22(3), e132–e140. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30555-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30555-0)

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2022). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>

Janelins, M. C., Kesler, S. R., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2014). Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. *International Review of Psychiatry*, 26(1), 102–113. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.864260>

JASP Team. (2025). *JASP (Version 0.19) [Computer software]*. <https://jasp-stats.org/>

Lange, M., Joly, F., Vardy, J., Ahles, T., Dubois, M., Tron, L., Winocur, G., & de Ruiter, M. B. (2021). Cancer-related cognitive impairment: An update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. *Annals of Oncology*, 32(3), 392–403. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.11.020>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Liu, Z., Doege, D., Thong, M. S. Y., Arndt, V., & Brenner, H. (2020). Posttraumatic growth and its predictors among cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 29(10), 1653–1663. <https://doi.org/10.1002/pon.5486>

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation of Australia.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)

Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keepanasseril, A., ... Haynes, R. B. (2014). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD000011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>

Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(9), e023631. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023631>

Nicolussi, A. C., & Sawada, N. O. (2011). Qualidade de vida de indivíduos com câncer em tratamento quimioterápico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 1–9.

- Omari, O., Khraisat, O., Khraisat, B., & Al-Husban, R. (2022). Coping strategies and quality of life among patients with cancer: The mediating role of perceived social support. *Psycho-Oncology*, 31(9), 1504–1512. <https://doi.org/10.1002/pon.5990>
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2010). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 317–334.
- Pedras, S., Pereira, M. G., & Ferreira, G. (2022). *Psychological predictors of adherence to cancer treatment: The role of emotional distress, coping, and illness perceptions*. *Psycho-Oncology*, 31(4), 642–650. <https://doi.org/10.1002/pon.5856>
- Pereira, F. M. P., & Santos, C. S. V. B. (2011). Estudo de adaptação cultural e validação da Functional Assessment of Cancer Therapy – General em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 45–54.
- Pereira, L. S., Silva, J. R., & Kohlsdorf, M. (2023). Escala de estratégias de enfrentamento para sujeitos oncológicos: Desenvolvimento e evidências de validade. *Psico-USF*, 28(2), 1–12.
- Pio, E. S. S., & Andrade, M. C. M. (2020). Psico-oncologia: A atuação do psicólogo junto aos familiares e à pessoa com câncer. *Revista Mosaico*, 11(1), 93–99.
- Ponte, K. M. A., & Silva, R. M. (2022). *Psico-oncologia: atuação da psicologia no cuidado ao paciente com câncer*. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. <https://www.scielo.br/j/psd>
- Russell, G., & Lightman, S. (2020). The human stress response. *Nature Reviews Endocrinology*, 16(8), 483–484. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0392-1>
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2022). *Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms: A meta-analytic review*. *Clinical Psychology Review*, 83, 101935. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101935>
- Silveira, M. R., & Silva, M. S. (2024). *Aspectos psicológicos e sociais do câncer: contribuições da psico-oncologia para o cuidado integral*. *Revista ARACÊ*. <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/download/1545/5140/15083>

Slavich, G. M. (2020). Social safety theory: A biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 265–295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045159>

Souza, H. C., & Kohlsdorf, M. (2017). *Barreiras para adesão ao tratamento em condições crônicas* (Dissertação de mestrado). Centro Universitário de Brasília.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>

Valadão, B. C. P. (2021). *A importância do psicólogo na psico-oncologia*. Centro Universitário Mário Palmério.

Vardy, J., Ahles, T., Gan, H., & Dhillon, H. M. (2021). Cancer-related cognitive impairment: An update on clinical characteristics, mechanisms, and management. *Journal of Clinical Oncology*, 39(17), 1874–1884. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.02775>

Vignola, R. C. B. (2013). *Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): Adaptação e validação para o português no Brasil* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Paulo.

Wang, Y., Wang, L., Cui, C., & Yu, Y. (2023). Posttraumatic growth and quality of life among cancer patients: The mediating role of coping strategies. *Psycho-Oncology*, 32(4), 665–673. <https://doi.org/10.1002/pon.6085>

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.

Wefel, J. S., Kesler, S. R., Noll, K. R., & Schagen, S. B. (2015). Clinical characteristics, pathophysiology, and management of noncentral nervous system cancer-related cognitive impairment. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 12(12), 1–15.

WHO. (2023). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Ye, M., Du, K., Zhou, J., Zhou, Q., Shou, M., Hu, B., & Jiang, P. (2022). *A meta-analysis of the relationship between coping strategies and psychological adjustment in cancer patients*. *Psycho-Oncology*, 31(5), 749–759. <https://doi.org/10.1002/pon.5873>

Zhang, Y., Cui, C., Wang, Y., Wang, L., & Yu, Y. (2021). *Coping strategies and quality of life among patients with cancer: The mediating role of psychological resilience*. *Psycho-Oncology*, 30(4), 575–582. <https://doi.org/10.1002/pon.5612>

Zhou, E. S., Partridge, A. H., & Recklitis, C. J. (2020). A cognitive-behavioral intervention for sleep disturbance and psychological distress in cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 38(17), 1979–1987. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.02706>

9. ANEXOS

9.1 ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de ***AValiação PSICOLÓGICA DE PESSOAS EM TRATAMENTO DE CâNCER***, sob a responsabilidade das pesquisadoras professora Dra. Marina Kohlsdorf do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília e Mariana de Carvalho Dantas Valle, mestranda no mesmo programa referido. O objetivo desta pesquisa é registrar a ocorrência de possíveis prejuízos emocionais e cognitivos em sujeitos oncológicos durante o processo de tratamento com quimioterapia.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação ocorrerá da seguinte forma: você será convidado a participar da pesquisa, recebendo todas as informações das pesquisadoras. Serão realizados encontros divididos em 3 momentos, sendo o primeiro para a aplicação de uma entrevista

semiestruturada, de questionários e escalas que avaliarão a adesão ao tratamento, o enfrentamento ao adoecimento, as formas de suporte, a qualidade de vida e a cognição; um segundo encontro após 2 a 3 meses de tratamento quimioterápico com a aplicação das mesmas escalas e testes, e o terceiro para uma devolutiva sobre os resultados encontrados nos testes, orientações e suporte psicológico. As entrevistas serão gravadas para uso das informações para a pesquisa.

É possível que haja algum desconforto emocional ao longo das aplicações, no entanto, as pesquisadoras estão preparadas para ampará-lo a todo momento proporcionando um ambiente de acolhimento, escuta ativa, atendimento psicológico e se necessário, suspensão da atividade.

A sua participação é de extrema importância, pois permitirá o desenvolvimento desse estudo. O estudo possibilitará a geração de conhecimento sobre a casuística para profissionais, familiares a sujeitos que lidem com esse contexto – sujeitos oncológicos em tratamento quimioterápico - com melhor reconhecimento da alteração dessas funções, proporcionando que se possa refletir e propor estratégias para uma qualificação da oferta de cuidados à sujeitos deste grupo.

Durante sua participação nesse estudo as pesquisadoras estarão disponíveis para esclarecimento de dúvidas, antes, durante e depois à pesquisa a fim de proporcionar todo suporte necessário aos participantes. Sua participação é voluntária, ou seja, você tem direito a se recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Não haverá pagamento ou recompensa financeira pela sua participação neste estudo. Você não terá nenhuma despesa adicional com sua participação neste estudo. Haverá garantia de indenização de danos diretos e indiretos decorrentes da pesquisa.

Garantimos que seu nome e dados não serão divulgados, sendo mantidos em sigilo pela equipe de pesquisadores. Os resultados desse estudo poderão ser divulgados nessa instituição, em revistas e/ou encontros científicos, sempre garantindo a sua privacidade.

Caso tenha dúvidas ou considerações relacionadas a esta pesquisa, entre em contato com a pesquisadora Mariana de Carvalho Dantas Valle, (61) 99649-2579,

maricarvalhodantas@gmail.com, disponível inclusive para ligação a cobrar. Informamos que o contato com o pesquisador pode ser feito a qualquer hora.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, outras informações podem ser conferidas no site <https://fs.unb.br/comite-de-etica-cep-fs/sobre-cep>. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Mariana de Carvalho Dantas Valle

Pesquisador(a) Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

9.2 ANEXO B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
Iniciais:	
Idade:	Data de nascimento: ____/____/____
Estado civil:	Filhos:
Naturalidade:	Procedência:
Escolaridade:	Profissão:
Sexo: () M () F	Reside com (grau de parentesco):
Endereço:	
Telefone:	
Diagnóstico:	
Tempo de tratamento:	
Medicamento quimioterápico utilizado:	
Quantidade de sessões quimioterápicas:	
O que está sendo mais difícil de fazer ou de lidar? O que está sendo mais fácil de fazer ou de lidar? O que mudou na sua vida desde o início do tratamento? Como foi receber este diagnóstico? O que o tratamento exige que você mude em sua vida? Na rotina, alimentação, efeitos das medicações, etc.? Há pessoas que te ajudam e te apoiam? Por exemplo, família, amigos, igreja, profissionais no hospital? Como é esse apoio? O que mais te preocupa no tratamento? O que você acha que te ajuda a lidar com o tratamento? De modo geral, sua vida melhorou, piorou ou ficou igual desde o início do tratamento? Por quê? Há exemplos? Você percebe alguma mudança na sua memória, atenção, fala e comunicação ou seu pensamento desde o início do tratamento? Como ocorre essa mudança?	

9.3 ANEXO C - ESCALA DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS (E3PO)

INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO

Essa escala tem como objetivo identificar o que você pensa e faz para lidar com situações problemáticas durante o período de adoecimento. Você vai precisar responder

algumas afirmativas. Cada afirmativa corresponde a um acontecimento que pode ocorrer no tratamento. Fique atento(a) e escolha com que frequência você faz aquilo que está sendo afirmado. Escolha apenas uma opção, aquela que melhor representa você e corresponde a como você pensa e age. As opções são:

Nunca	Poucas Vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
0	1	2	3	4

Um exemplo:

Ao ouvir a frase “*Sigo orientações dos profissionais de saúde*”, se você escolher a opção Nunca, significa que você não se vê representado(a) por esse comportamento, ou seja, você não segue as orientações dadas pelos profissionais de saúde. Caso você prefira Poucas vezes, quer dizer que você segue apenas o mínimo dessas orientações. Agora, caso marque Às vezes, você segue metade das orientações. Já se você responder Muitas vezes, você segue a maioria das orientações. Por fim, se você optar por Sempre, significa que todas as vezes que os profissionais o(a) orientam, você segue as informações dadas durante o tratamento.

Você deve ser sincero(a), porque não existe resposta certa ou errada. O importante é que você responda de acordo com a opção que você mais se identifica. Não responda como você gostaria de fazer determinado comportamento, mas como você de fato o faz ou já fez. Se você não passou por alguma das situações apresentadas, imagine como agiria caso acontecesse com você. A escala tem 20 itens, você pode usar o tempo que for necessário para responder cada afirmativa. Responda com calma para não haver erros. Podemos começar?

Com que frequência você se comporta de **Nunca** **Poucas** **Às** **Muitas** **Sempre**

<i>acordo com as afirmações a seguir?</i>		<i>Ve</i> <i>zes</i>	<i>vez</i> <i>es</i>	<i>Ve</i> <i>zes</i>	
1. Aproveito os momentos bons da vida	0	1	2	3	4
2. Aprendo como o meu corpo funciona para cuidar melhor dele	0	1	2	3	4
3. Fico pensando na doença o dia inteiro	0	1	2	3	4
4. Peço ajuda para as pessoas quando preciso	0	1	2	3	4
5. Mantenho por perto pessoas que podem me ajudar	0	1	2	3	4
6. Imagino o pior antes mesmo das coisas acontecerem	0	1	2	3	4
7. Faço tarefas para me manter ativo	0	1	2	3	4
8. Procuro ficar acompanhado, com outras pessoas por perto	0	1	2	3	4
9. Choro quando passo por um momento difícil no tratamento	0	1	2	3	4
10. Faço de conta que não estou doente	0	1	2	3	4

11. Identifico atividades que me fazem sentir bem	0	1	2	3	4
12. Fico sozinho para fugir da cobrança que outras pessoas me fazem	0	1	2	3	4
13. Mudei meu estilo de vida para lidar melhor com a rotina do tratamento	0	1	2	3	4
14. Busco informações sobre o meu tratamento com os profissionais de saúde	0	1	2	3	4
15. Escondi meus sentimentos para não deixar meus familiares tristes	0	1	2	3	4
16. Mantenho a calma para deixar meus familiares e amigos tranquilos	0	1	2	3	4
17. Me inspiro em outras pessoas que superaram a doença	0	1	2	3	4
18. Levo para o lado pessoal os erros cometidos pelos profissionais de saúde	0	1	2	3	4
19. Penso que os momentos mais difíceis do tratamento já passaram	0	1	2	3	4
20. Busco aprender lições com o adoecimento	0	1	2	3	4

9.4 ANEXO D - ESCALA DE BARREIRAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Indique o quanto é difícil para você cada um dos itens a seguir, entre:

Não se aplica à minha condição de saúde	Nada difícil	Um pouco difícil	Mais ou menos difícil	Muito difícil	Totalmente difícil
0	1	2	3	4	5

O quanto é difícil para você cada um dos itens a seguir:	
Adesão 1 - Se relacionar bem com os profissionais de saúde que realizam suas consultas	0 1 2 3 4 5
Adesão 2 - Se relacionar bem com os profissionais de saúde que realizam seus exames	0 1 2 3 4 5
Adesão 3 - Pagar pelos medicamentos ou insumos (seringas, agulhas) necessários ao seu tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 4 - Ter acesso às farmácias e/ou centros de saúde que ficam muito longe	0 1 2 3 4 5
Adesão 5 - Lidar com a falta de medicamentos ou insumos (seringas, agulhas) necessários ao seu tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 6 - Comparecer a consultas do tratamento ou procurar atendimento em locais que ficam longe	0 1 2 3 4 5

Adesão 7 - Gastar dinheiro com gasolina ou passagens para comparecer a consultas ou exames de seu tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 8 - Seguir a dieta recomendada	0 1 2 3 4 5
Adesão 9 - Gastar dinheiro com a alimentação que seu tratamento exige	0 1 2 3 4 5
Adesão 10 - Comer coisas das quais não gosta mas que são recomendadas para seu tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 11 - Deixar de comer coisas das quais você gosta	0 1 2 3 4 5
Adesão 12 - Ser otimista sobre seu tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 13 - Obter acolhimento e compreensão dos profissionais da saúde em relação ao seu estilo de vida ou suas crenças	0 1 2 3 4 5
Adesão 14 - Seguir o tratamento por ter que cuidar de outro membro da sua família que está doente	0 1 2 3 4 5
Adesão 15 - Buscar informações por medo do que pode encontrar	0 1 2 3 4 5
Adesão 16 - Lembrar de comprar a próxima caixa de remédios antes do fim da atual.	0 1 2 3 4 5
Adesão 17 - Levar o remédio com você no dia a dia ou em viagens	0 1 2 3 4 5
Adesão 18 - Usar a tecnologia para se lembrar de tomar o medicamento.	0 1 2 3 4 5
Adesão 19 - Ter acesso aos tipos de alimento recomendados pelos profissionais de saúde	0 1 2 3 4 5
Adesão 20 - Obter apoio da sua família para falar de seus sentimentos sobre o	0 1 2 3 4 5

tratamento	
Adesão 21 - Obter apoio da sua família para questões práticas (ir a consultas, obter medicamentos, cuidar de seus filhos para que você possa realizar seu tratamento)	0 1 2 3 4 5
Adesão 22 - Obter apoio dos seus amigos para falar sobre seu tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 23 - Obter apoio dos seus amigos para questões práticas (ir a consultas, obter medicamentos, cuidar de seus filhos para que você possa realizar seu tratamento)	0 1 2 3 4 5
Adesão 24 - Obter apoio dos seus colegas de trabalho para falar sobre seus sentimentos em relação ao tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 25 - Obter apoio dos seus colegas de trabalho para questões práticas (por exemplo, faltar ao trabalho ir a consultas, tomar os medicamentos durante o expediente)	0 1 2 3 4 5
Adesão 26 - Obter apoio dos profissionais de saúde para falar de seus sentimentos sobre seu tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 27 - Obter apoio dos profissionais de saúde para questões práticas (por exemplo, obter informações, distrair seus filhos enquanto você faz exames)	0 1 2 3 4 5
Adesão 28 - Manter sua qualidade de vida em termos físicos	0 1 2 3 4 5
Adesão 29 - Manter sua qualidade de vida em termos emocionais	0 1 2 3 4 5
Adesão 30 - Manter sua qualidade de vida em termos sociais	0 1 2 3 4 5
Adesão 31 - Lidar com o preconceito de sua família em relação a seu tratamento.	0 1 2 3 4 5

Adesão 32 - Lidar com o preconceito de seus amigos em relação a seu tratamento.	0 1 2 3 4 5
Adesão 33 - Lidar com o preconceito de colegas de trabalho em relação a seu tratamento.	0 1 2 3 4 5
Adesão 34 - Lidar com o preconceito dos profissionais de saúde em relação a seu tratamento.	0 1 2 3 4 5
Adesão 35 - Lidar com a tristeza por sua condição de saúde	0 1 2 3 4 5
Adesão 36 - Entender o que os profissionais da saúde estão querendo te dizer.	0 1 2 3 4 5
Adesão 37 - Buscar apoio de seus amigos e familiares.	0 1 2 3 4 5
Adesão 38 - Buscar apoio dos profissionais de saúde.	0 1 2 3 4 5
Adesão 39 - Compreender como deve tomar a medicação, as doses e os horários corretos.	0 1 2 3 4 5
Adesão 40 - Lidar com os efeitos colaterais da medicação	0 1 2 3 4 5
Adesão 41 - Ter prazer em fazer atividade física recomendada para seu tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 42 - Ter tempo para fazer atividade física recomendada para seu tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 43 - Ter tempo para buscar informações sobre seu tratamento	0 1 2 3 4 5
Adesão 44 - Buscar apoio de outras pessoas com tratamento semelhante.	0 1 2 3 4 5
Adesão 45 - Morar em local perigoso ou insalubre, nocivo à sua saúde.	0 1 2 3 4 5

Adesão 46 - Se expressar ou tirar dúvidas sobre seu tratamento com os médicos.	0 1 2 3 4 5
Adesão 47 - Se expressar ou tirar dúvidas sobre seu tratamento com psicólogos.	0 1 2 3 4 5
Adesão 48 - Se expressar ou tirar dúvidas sobre seu tratamento com outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos).	0 1 2 3 4 5
Adesão 49 - Tomar seus remédios na frente de outras pessoas.	0 1 2 3 4 5
Adesão 50 - Entender os resultados de seus exames.	0 1 2 3 4 5
Adesão 51 - Tomar seus remédios mesmo quando não está sentindo nada.	0 1 2 3 4 5
Adesão 52 - Tomar os seus medicamentos quando está sentindo os sintomas da doença.	0 1 2 3 4 5
Adesão 53 - Lidar com os efeitos colaterais da medicação, como náuseas, tontura, fraqueza, aumento ou perda de peso, indisposição física etc.	0 1 2 3 4 5
Adesão 54 - Lidar com efeitos visíveis do tratamento, como Lipodistrofia, queda de cabelos ou emagrecimento.	0 1 2 3 4 5
Adesão 55 - Pensar que esse tratamento durará a vida toda ou um período muito longo.	0 1 2 3 4 5
Adesão 56 - Lembrar de tomar seus remédios	0 1 2 3 4 5
Adesão 57 - Entender a razão ou importância dos remédios	0 1 2 3 4 5
Adesão 58 - Entender a razão ou importância de outras recomendações (por exemplo, dieta, atividade física, restrições etc)	0 1 2 3 4 5
Adesão 59 - Lidar com as mudanças de rotina impostas pelo tratamento.	0 1 2 3 4 5

Adesão 60 - Pensar que seria portador (a) dessa doença.	0	1	2	3	4	5
Adesão 61 - Pensar nas dificuldades impostas pelo tratamento.	0	1	2	3	4	5
Adesão 62 - Dedicar boa parte do seu tempo com o tratamento.	0	1	2	3	4	5
Adesão 63 - Ter acesso satisfatório às informações sobre a sua condição de saúde.	0	1	2	3	4	5
Adesão 64 - Preparar a alimentação de acordo com a dieta recomendada.	0	1	2	3	4	5
Adesão 65 - Ter apetite para a comida.	0	1	2	3	4	5
Adesão 66 - Conseguir seguir todas as recomendações de cuidados	0	1	2	3	4	5
Adesão 67 - Precisar da ajuda de outras pessoas.	0	1	2	3	4	5
Adesão 68 - Lidar com os sintomas da condição de saúde (por exemplo, dores, enjoos, indisposição etc)	0	1	2	3	4	5

9.5 ANEXO E - ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (DASS-21)

Instruções

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

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

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

9.6 ANEXO F - FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY-GENERAL (FACT-COG)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com queixas semelhantes às suas disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.**

DÉFICITS COGNITIVOS	Nunca	Cerca de	Duas a três	Praticamente	Várias
---------------------	-------	----------	-------------	--------------	--------

PERCEBIDOS		uma vez por semana	vezes por semana	todos os dias	vezes ao dia
1. Tenho tido dificuldade em formar pensamentos	0	1	1	3	4
2. Tenho pensado de forma lenta	0	1	1	3	4
3. Tenho tido dificuldade para me concentrar	0	1	1	3	4
4. Tenho tido dificuldade em encontrar o caminho para ir a um lugar conhecido	0	1	1	3	4
5. Tenho tido dificuldade para me lembrar de onde coloquei as coisas, como as chaves ou a carteira	0	1	1	3	4
6. Tenho tido dificuldade para me lembrar de informações novas, como números de telefone ou instruções simples	0	1	1	3	4
7. Tenho tido dificuldade em me recordar do nome de	0	1	1	3	4

um objeto enquanto converso com alguém					
8. Tenho tido dificuldade em encontrar as palavras certas para me expressar	0	1	1	3	4
9. Tenho utilizado a palavra errada quando me refiro a um objeto	0	1	1	3	4
10. Tenho tido dificuldade em falar (expressar) o que quero dizer, em conversas com outras pessoas	0	1	1	3	4
11. Tenho entrado numa sala e esquecido o que vinha buscar ou fazer	0	1	1	3	4
12. Tenho tido que me esforçar muito para prestar atenção ou poderia cometer um erro	0	1	1	3	4
13. Tenho esquecido nomes de pessoas logo depois de nos apresentarmos	0	1	1	3	4

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

	Nunca	Cerca de uma vez por semana	Duas a três vezes por semana	Praticamente todos os dias	Várias vezes ao dia
1. As minhas reações nas situações do dia-a-dia têm sido lentas	0	1	1	3	4
2. Tenho tido que me esforçar mais que o habitual para manter a atenção no que eu estava fazendo	0	1	1	3	4
3. Tenho pensado de forma mais lenta do que o habitual com clareza	0	1	1	3	4
4. Tenho tido que me esforçar mais do que o habitual para não me esquecer das coisas	0	1	1	3	4
5. Tenho dificuldade para	0	1	1	3	4

manter a atenção no que estou fazendo se sou interrompido (a)					
6. Tenho dificuldade em alternar a atenção entre diferentes atividades para as quais é preciso pensar	0	1	1	3	4

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

COMENTÁRIOS DE OUTRAS PESSOAS	Nunca	Cerca de uma vez por semana	Duas a três vezes por semana	Praticamente todos os dias	Várias vezes ao dia
1. Pessoas disseram que eu parecia ter dificuldade em me lembrar de informações	0	1	1	3	4
2. Pessoas disseram que eu parecia ter dificuldade	0	1	1	3	4

em falar claramente					
3. Pessoas disseram que eu parecia ter dificuldade em pensar claramente	0	1	1	3	4
4. Pessoas disseram que eu parecia estar confuso(a)	0	1	1	3	4

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

HABILIDADES COGNITIVAS PERCEBIDAS	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
1. Tenho sido capaz de me concentrar	0	1	1	3	4

2. Tenho conseguido encontrar as palavras que queria usar ao conversar com alguém	0	1	1	3	4
3. Tenho sido capaz de me lembrar das coisas, como o lugar onde deixei as chaves ou a carteira	0	1	1	3	4
4. Tenho sido capaz de me lembrar de fazer as coisas, como tomar um remédio ou comprar algo de que preciso	0	1	1	3	4
5. Sou capaz de prestar atenção e mantê-la no que estou fazendo sem um esforço extra	0	1	1	3	4

6. A minha mente está tão clara como sempre foi	0	1	1	3	4
7. A minha memória está tão boa como sempre foi	0	1	1	3	4
8. Sou capaz de alternar a atenção entre duas atividades que requerem pensar	0	1	1	3	4
9. Sou capaz de manter a atenção no que estou fazendo, mesmo se for interrompido (a)	0	1	1	3	4

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
---	-------------------------	-----------------	--------------------------	--------------	-------------------

1. Tenho me sentido aborrecido quanto a estes problemas	0	1	1	3	4
2. Estes problemas têm interferido na minha capacidade de trabalhar	0	1	1	3	4
3. Estes problemas têm interferido na minha capacidade de fazer coisas que gosto	0	1	1	3	4
4. Estes problemas têm interferido com a qualidade da minha vida	0	1	1	3	4

9.7 ANEXO G - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação Psicológica em pessoas em tratamento de câncer

Pesquisador: Mariana de Carvalho Dantas Valle

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 82468524.1.0000.0030

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia – UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.468.707

Apresentação do Projeto:

Segundo documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2356281.pdf", postado em 12/03/2025:

"Desenho:

Esse estudo utilizará a pesquisa descritiva em campo, metodologia mista, abordando questões qualitativas e quantitativas. A parte qualitativa será registrada a partir das respostas às questões direcionadas para os aspectos específicos de cada sujeito diante de sua forma de perceber e enfrentar o adoecimento e utilizará de uma entrevista semiestruturada (anexo B), construída pelas pesquisadoras que será gravada e transcrita. A parte quantitativa será feita a partir dos

resultados da aplicação de escalas e testes em dois momentos, sendo o primeiro, entre 1 e 15 dias de diagnóstico de câncer e o segundo, após 2 a 3 meses de tratamento com quimioterápico endovenoso para efeito comparativo. Para a coleta dos dados, serão utilizados como instrumentos: Entrevista Semiestruturada (anexo B), construída pela pesquisadora, Escala de Estratégia de Enfrentamento para sujeitos Oncológicos (E3PO) (anexo C), Escala de Barreiras de Adesão ao Tratamento (anexo D), Questionário Brief COPE (anexo E), Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS21) (anexo F), Questionário Short-Form Health Survey (SF36) (anexo G), Escala Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function (FACT-Cog) (anexo H)."

"Resumo:

INTRODUÇÃO: O câncer é uma doença que ameaça a humanidade, pois carrega em todo o processo de diagnóstico e tratamento, incertezas que ainda não foram respondidas pela ciência. Um dos seus principais tratamentos é a quimioterapia, que por ser um tratamento sistêmico, pode gerar diversos efeitos colaterais e toxicidade ao indivíduo, que afetam para além do físico, implicando em alterações da própria imagem corporal, mudanças nos papéis familiares, isolamento e necessidade da inserção de cuidadores para auxiliar no tratamento, aumentando a vulnerabilidade para transtornos mentais. **OBJETIVO:** Avaliar as mudanças relacionadas ao enfrentamento, adesão aos cuidados, estresse, qualidade de vida e das funções cognitivas de atenção e memória de mulheres no início do processo de tratamento quimioterápico e após dois a três meses, a partir de nova avaliação com aplicação dos mesmos testes a fim de gerar uma linha comparativa dos eventos investigados. **MÉTODO:** Esse estudo utilizará a pesquisa descritiva em campo, metodologia mista, abordando questões qualitativas e quantitativas, a partir dos resultados da aplicação de escalas e testes em dois momentos, sendo o primeiro, entre 1 e 15 dias de diagnóstico de câncer e o segundo, após 2 a 3 meses de tratamento com quimioterápico endovenoso para efeito comparativo. Para a realização dessa pesquisa, esse precisará ser primeiramente aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário de Brasília. Após aprovação do comitê, a pesquisa será iniciada. Os participantes serão convidados a participar da pesquisa, garantindo-lhe explicação sobre a pesquisa e proteção às informações ali coletadas. Esse compromisso será firmado através de um Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A partir da aprovação, serão selecionadas 100 pessoas, podendo ser homens ou mulheres, em tratamento oncológico, no Hospital Universitário de Brasília que serão convidados a participar do estudo presencialmente, durante a espera para consultas e exames realizados no próprio hospital. ANÁLISE DOS RESULTADOS: será usada a estatística descritiva e inferencial, incluindo testes t de Student ou Wilcoxon, a depender das características dos escores, bem como análises de variância e correlações."

"Hipótese:

O tratamento quimioterápico endovenoso, em indivíduos oncológicos, pode gerar implicações importantes na forma de o participante se perceber, compreender o seu meio e suas relações, devido aos efeitos colaterais, rotina intensa de cuidados, afastamento de sua realidade, mudança de papéis nos cuidados, afetando sua qualidade de vida e bem-estar. Neste projeto, serão avaliadas hipóteses de associação entre as variáveis psicológicas estudadas, bem como entre dados sociodemográficos e as variáveis psicológicas analisadas e mudanças nessas variáveis entre o início do tratamento e a primeira fase de quimioterapia (2 a 3 meses após diagnóstico)."

"Metodologia Proposta:

Esse estudo utilizará a pesquisa descritiva em campo, metodologia mista, abordando questões qualitativas e quantitativas. A parte qualitativa será registrada a partir das respostas às questões direcionadas para os aspectos específicos de cada participante diante de sua forma de perceber e enfrentar o adoecimento e utilizará de uma entrevista semiestruturada (anexo B), construída pelas pesquisadoras que será gravada e transcrita. A parte quantitativa será feita a partir dos resultados da aplicação de escalas e testes em dois momentos, sendo o primeiro, entre 1 e 15 dias de diagnóstico de câncer e o segundo, após 2 a 3 meses de tratamento com quimioterápico endovenoso para efeito comparativo. Homens e mulheres em tratamento oncológico no Hospital Universitário de Brasília (HUB) serão convidados a participar do estudo de forma presencial, enquanto aguardam consultas ou exames no próprio hospital. O recrutamento será realizado com sensibilidade e respeito, garantindo que os potenciais participantes compreendam o propósito da pesquisa e tenham liberdade para decidir sobre sua participação. Inicialmente, a equipe de

pesquisa abordará os indivíduos nas salas de espera ou em setores específicos do hospital relacionados ao tratamento. Será feita uma apresentação breve e acessível do estudo, explicando seus objetivos, metodologia e a importância da participação voluntária. As pessoas que demonstrarem interesse em participar receberão todas as informações necessárias e terão a oportunidade de esclarecer dúvidas antes de tomar uma decisão. Aqueles que aceitarem participar assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), no qual constam seus direitos, a garantia de sigilo das informações e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo ao seu tratamento. Caso haja necessidade de gravação de entrevistas, os participantes também assinarão o Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz para Fins Científicos e Acadêmicos (anexo 2), garantindo que essa autorização seja concedida de forma voluntária. Não serão utilizadas informações dos prontuários, somente gravação de voz. Após a assinatura dos termos, a aplicação da pesquisa será agendada de acordo com a disponibilidade e preferência do participante, podendo ocorrer antes, durante ou após a sessão de quimioterapia. O objetivo é garantir que a participação ocorra no momento mais confortável para cada indivíduo, respeitando seu estado físico e emocional. A pesquisa será conduzida em um ambiente acolhedor, no qual os pesquisadores adotarão técnicas de escuta ativa e validação emocional para garantir que os participantes se sintam confortáveis e respeitados durante todo o processo. Caso o participante sinta desconforto em qualquer momento, terá total liberdade para interromper ou desistir da pesquisa, sem necessidade de justificativa. A pesquisa ocorrerá em dois ou três encontros com duração entre 1h a 2 horas. As informações serão gravadas, com a autorização do participante para posterior transcrição das mesmas. O primeiro encontro terá como objetivo realizar aplicação de todas as escalas e questionários previstos pela pesquisa com a finalidade de coletar os dados de como o participante estava antes de iniciar o tratamento quimioterápico, após, aproximadamente uma semana a 15 dias de seu diagnóstico de câncer. No segundo encontro, será aplicado novamente todos os questionários e escalas, após cerca de 2 a 3 meses do tratamento quimioterápico endovenoso com a finalidade de identificar possíveis alterações desses fatores ao longo do processo de tratamento quimioterápico."

"Critério de Inclusão:

Os participantes devem ter idade entre 18 e 65 anos, diagnóstico de câncer, estar em início de tratamento quimioterápico endovenoso, fazer parte da rede selecionada, sem associação de demais patologias psiquiátricas que impossibilitem as respostas ao questionário e entrevista."

"Critério de Exclusão:

Condições cognitivas ou psiquiátricas autodeclaradas que impeçam a resposta a questionários e entrevista."

"Desfecho Primário:

Consideramos ser essencial que os profissionais de saúde, referenciando-se no SUS, atuem com uma abordagem de assistência integral e eficaz contribuindo para o bem-estar do indivíduo. Portanto, espera-se que, por meio dos resultados obtidos neste estudo, haja uma contribuição para reflexões e avanços nas práticas dos profissionais da área, uma vez que os registros e análises das respostas do participante poderão auxiliar no exercício de construção de novos dispositivos/instrumentos que sirvam às necessidades de assistência àqueles que se utilizem dos serviços prestados nos cenários listados neste estudo. Espera-se também, suscitar nos profissionais que lidam com o contexto de participantes oncológicos em tratamento quimioterápico, a importância de um olhar voltado para o participante como um ser integral, biopsicossocial e espiritual, considerando sua maneira de perceber-se diante da doença, de sua realidade e das possíveis alterações cognitivas sofrida pelo mesmo no decorrer do tratamento criando um ambiente de acolhimento a esses participantes para adaptação ao adoecimento e possível reabilitação do mesmo. Outro aspecto relevante é poder contribuir de alguma forma para a comunidade científica, de modo a evidenciar e disseminar algumas reflexões sobre a temática na prática de profissionais da área, envolvidos no cuidado junto ao participante com doenças oncológicas."

"Tamanho da amostra: 100."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2356281.pdf",
postado em 12/03/2025:

Objetivo Primário:

Avaliar as mudanças relacionadas ao enfrentamento, adesão aos cuidados, estresse, qualidade de vida e das funções cognitivas de atenção e memória de homens e mulheres no início do processo de tratamento quimioterápico e após dois a três meses, a partir de nova avaliação com aplicação dos mesmos testes a fim de gerar uma linha comparativa dos eventos investigados."

"Objetivo Secundário:

Analisar associações entre estresse, *coping*, adesão aos cuidados, qualidade de vida e habilidades cognitivas, ao início do tratamento e após 2 a 3 meses. Analisar associações entre dados sociodemográficos e estresse, *coping*, adesão aos cuidados, qualidade de vida e habilidades cognitivas nos dois momentos de coleta de dados."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2356281.pdf",
postado em 12/03/2025:

Riscos:

De acordo com a resolução 466 de 2012, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, sendo assim, é possível que ao longo da pesquisa o sujeito ao falar sobre seu cotidiano e dificuldades, passe por dificuldades emocionais como momentos de estresse e ansiedade. Para tal, será proporcionado um ambiente de acolhimento, escuta ativa, validação de sentimentos para que essas emoções possam ser trabalhadas dentro daquele contexto. A pesquisa não prevê riscos físicos, nem econômicos, visto que o estudo ocorrerá na rotina de consultas/tratamentos dos sujeitos. Contudo, em observância à Resolução 466 de 2012, o estudo correrá em sigilo, guardando-se os sujeitos e suas informações, mantendo o acordo realizado entre sujeitos e pesquisadoras pelo TCLE (Anexo 1), e se mesmo assim, o participante sentir-se desconfortável com o estudo, esse terá a permissão de abandonar o quando assim o desejar. Caso o participante forneça informações urgentes que indiquem a necessidade de intervenção psicológica, a equipe de pesquisa compromete-se a providenciar assistência adequada. O primeiro atendimento será

realizado pela pesquisadora, garantindo suporte imediato ao participante. Em situações de risco psicológico elevado, especialmente nos casos relacionados ao suicídio, a pesquisadora informará a equipe de psicologia do serviço de oncologia para discussão do caso e definição das medidas mais adequadas para amparo ao participante em seu local de tratamento. Esse procedimento visa assegurar que o participante receba acompanhamento especializado no contexto assistencial adequado. O encaminhamento para o serviço de psicologia do HUB seguirá os fluxos institucionais e protocolos estabelecidos pelo SUS, respeitando as diretrizes de regulação do atendimento. Caso necessário, a equipe de pesquisa poderá intermediar o contato com o serviço, facilitando o acesso do participante ao suporte psicológico disponível. Para minimizar os riscos à saúde mental dos participantes, a equipe de pesquisa atuará de forma proativa na identificação de necessidades psicológicas urgentes, prestando assistência inicial e garantindo que aqueles que necessitem de acompanhamento especializado sejam encaminhados aos serviços competentes. Dessa forma, asseguramos que o suporte psicológico será oferecido de maneira ética e segura, respeitando os fluxos assistenciais e garantindo o bem-estar dos participantes."

"Benefícios:

Com a participação na pesquisa, o colaborador terá um espaço extra para ventilação emocional e suporte, contribuindo assim, para subsídios mais eficientes ao tratamento. Em se tratando da pesquisa, será possível criar um roteiro facilitador para profissionais que avaliam esse público de participantes oncológicos, que estejam ou tenham passado por tratamento quimioterápico, possibilitando a criação de estratégias para reabilitação desse participante, proporcionando melhor qualidade de vida e bem-estar."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de mestrado da estudante Mariana de Carvalho Dantas Valle sob orientação da Prof^a Dr^a Marina Kohlsdorf do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. O objetivo principal da pesquisa é "avaliar as mudanças relacionadas ao enfrentamento, adesão aos cuidados, estresse, qualidade de vida e das funções cognitivas de atenção e memória de mulheres no início do processo de tratamento quimioterápico e após dois a três meses, a partir de nova avaliação com aplicação dos mesmos testes a fim de gerar uma linha comparativa dos eventos investigados". Pesquisa será descritiva com uso de metodologia mista, abordando questões qualitativas por meio da entrevista semiestruturada e quantitativas

por meio da aplicação de escalas e testes em dois momentos (1º e 15º dia). A amostra será composta por 100 participantes, de ambos os sexos, entre 18 a 65 anos, com diagnóstico de câncer e estar em tratamento quimioterápico endovenoso. A aplicação da pesquisa coincidirá com a ida do participante ao hospital para o seu tratamento. O primeiro encontro terá como objetivo realizar aplicação de todas as escalas e questionários antes de iniciar o tratamento e o segundo encontro será aplicado novamente todos os questionários e escalas, após cerca de 2 a 3 meses de iniciado o tratamento quimioterápico endovenoso. Para a análise de resultados, será usada a estatística descritiva e inferencial, bem como análises de variância e correlações. A planilha orçamentária tem o custo total de R\$ 820,00 financiada pelo pesquisador. Os currículos lattes foram acrescentados. O cronograma de execução prevê o início da coleta de dados para maio de 2025.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e avaliados para a emissão deste parecer

- 1 - PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2356281.pdf, postado em 12/03/2025;
- 2 - TCLEatualizado.doc, postado em 12/03/2025;
- 3 - cartaresposta_parecer7416571.doc, postado em 12/03/2025;
- 4 - avaliacao_psicologica_em_pessoas_em_tratamento_de_cancer.docx, postado em 12/03/2025; e
- 5 - cronograma_atualizado.xlsx, postado em 12/03/2025.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas nos Pareceres Consubstanciados Nº 7.166.539 e 7.416.571:

PENDÊNCIA 1: Solicita-se incluir o currículo lattes da pesquisadora principal e da orientadora.

RESPOSTA: Arquivo inserido na data de 31/01/2025 - Currículo da Orientadora: cvmarinakohlsdorf.pdf e Currículo da pesquisadora: cvmarianavalle.pdf

ANÁLISE: Foram incluídos os currículos da pesquisadora Mariana de Carvalho Dantas Valle (documento cvmarianavalle_resposta_ao_parecer_consustanciado7166539_.pdf postado em 31/01/2025) e da orientadora Prof^a Dr^a Marina Kohlsdorf (documento cvmarinaKohlsdorf_resposta_ao_parecer_consustanciado7166539_.pdf postado em 31/01/2025).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 2: Quanto ao TCLE

PENDÊNCIA 2.1: Solicita-se anexar o TCLE, incluindo o tempo estimado para cada instrumento de pesquisa a ser aplicado, conforme modelo do CEP/FS.

RESPOSTA: "A sua participação é de extrema importância, pois permitirá o desenvolvimento desse estudo. O Senhor(a) passará por uma entrevista com a finalidade de compreender o processo do diagnóstico e tratamento do câncer. Em seguida, serão aplicadas 6 escalas com o tempo médio de 1h30, durante o momento em que estiver em quimioterapia no HUB, não necessitando vir à pesquisa em outros momentos, fora aqueles que já estará em tratamento. A pesquisa não irá aumentar o seu tempo de permanência na unidade e nem gerar novas necessidades de idas ao local".

ANÁLISE: O tempo estimado para aplicação dos instrumentos foi incluído no 3^a parágrafo do TCLE (documento "anexoA_TCLE.doc", postado em 06/02/2025).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 2.2: Solicita-se anexar o Termo de cessão de uso de imagem e som, conforme modelo do CEP/FS.

RESPOSTA: Documento inserido e atualizado no arquivo: TCUD (resposta_ao_parecer_consustanciado No 7.166.539)

ANÁLISE: Foi elaborado o Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz para fins Científicos Acadêmicos (documento "termodecompromissopesquisador.doc", postado em 06/02/2025).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 2.3: Solicita-se esclarecer o uso do TCUD, caso se pretenda coletar informações dos prontuários dos participantes da pesquisa.

RESPOSTA: Não serão coletadas informações dos prontuários.

ANÁLISE: Foi excluído o TCUD considerando que não fará uso de prontuários.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 3: Solicita-se substituir o termo "sujeitos" de pesquisa por "participantes" de pesquisa ao longo do texto no projeto completo e no projeto da PB.

RESPOSTA: Realizadas alterações no texto no projeto completo, bem como no projeto da PB trocando o termo "sujeitos" por participantes, no arquivo: projeto completo (resposta ao parecer consubstanciado No 7.166.539)

ANÁLISE: Foram substituídos os termos de "sujeitos" por "participantes" em todo o texto dos projeto completo e projeto da PB (documentos projeto_completo_resposta_ao_parecer_consubstanciado7166539_.docx postado em 06/02/2025 e PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2356281.pdf postado em 06/02/2025).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 4: Solicita-se descrever no projeto detalhado, no Projeto Básico da Plataforma Brasil e no TCLE, qual será a responsabilidade do pesquisador em caso que "demandem intervenção emergencial". RESPOSTA:Foram realizadas alterações nos documentos: TCLE (resposta_ao_parecer_consubstanciadoNo.7.166.539) 1 página, 4 parágrafo. Projeto Detalhado 7 página - 4.4 Riscos, arquivo: projeto_completo (resposta ao parecer consubstanciado No7.166.539) e Projeto Básico: item riscos

"...Em situações em que o participante forneça informações urgentes que indiquem a necessidade de intervenção emergencial, a equipe de pesquisa compromete-se a comunicar imediatamente a equipe de psicologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), que será responsável por fornecer o suporte necessário. O pesquisador também poderá intermediar o encaminhamento do participante para atendimento especializado, caso isso seja requerido. O participante será sempre orientado sobre os recursos disponíveis para apoio psicológico e médico, garantindo assistência integral no caso de complicações ou danos decorrentes da pesquisa".

ANÁLISE: A pesquisadora informa que a equipe de psicologia do HUB será acionada e que intermediará o encaminhamento do participante para atendimento especializado, caso seja necessário, sendo garantida a assistência integral em caso de complicações ou danos, conforme descritos no 10º parágrafo do TCLE (documento anexoA_TCLE.doc postado em 06/02/2025), no item riscos no projeto da PB (documentoPB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2356281.pdf postado em 06/02/2025) e no projeto detalhado no subitem 4.4 riscos 3º parágrafo (documento projeto_completo_resposta_ao_parecer_consustanciado7166539_.docx postado em 31/01/2025).

Entretanto, solicita-se que a pesquisadora informe como irá encaminhar o participante de pesquisa para ser atendido no serviço de psicologia do HUB, tendo em vista que o acesso a esses serviços costumam ser regulados pelo SUS e se o atendimento psicológico não poderia ser prestado pelos psicólogos da equipe de pesquisa. Solicita-se adequar as formas de minimizar os riscos.

PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

RESPOSTA: TCLE: Alteração realizada no 9 parágrafo, Riscos no projeto PB e Projeto Detalhado: página 8, 1 parágrafo: Caso o participante forneça informações urgentes que indiquem a necessidade de intervenção psicológica, a equipe de pesquisa compromete-se a providenciar assistência adequada. O primeiro atendimento será realizado pela pesquisadora, garantindo suporte imediato ao participante. Em situações de risco psicológico elevado, especialmente nos casos relacionados ao suicídio, a pesquisadora informará a equipe de psicologia do serviço de oncologia para discussão do caso e definição das medidas mais

adequadas para amparo ao participante em seu local de tratamento. Esse procedimento visa assegurar que o participante receba acompanhamento especializado no contexto assistencial adequado.

O encaminhamento para o serviço de psicologia do HUB seguirá os fluxos institucionais e protocolos estabelecidos pelo SUS, respeitando as diretrizes de regulação do atendimento. Caso necessário, a equipe de pesquisa poderá intermediar o contato com o serviço, facilitando o acesso do participante ao suporte psicológico disponível. Para minimizar os riscos à saúde mental dos participantes, a equipe de pesquisa atuará de forma proativa na identificação de necessidades psicológicas urgentes, prestando assistência inicial e garantindo que aqueles que necessitem de acompanhamento especializado sejam encaminhados aos serviços competentes. Dessa forma, asseguramos que o suporte psicológico será oferecido de maneira ética e segura, respeitando os fluxos assistenciais e garantindo o bem-estar dos participantes.

ANÁLISE: A pesquisadora alterou o texto sobre os riscos no TCLE (documento "TCLEatualizado.doc, postado em 12/03/2025), no projeto da plataforma Brasil (documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2356281.pdf, postado em 12/03/2025) e no Projeto detalhado (documento "avaliacao_psicologica_em_pessoas_em_tratamento_de_cancer.docx", postado em 12/03/2025).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 5: Solicita-se atualizar o cronograma prevendo o início da pesquisa para período posterior à aprovação pelo CEP.

RESPOSTA: Dados atualizados e revisados -
arquivo: Cronograma(resposta_ao_parecer_consubiado
7166539) ANÁLISE: O cronograma de execução da pesquisa foi atualizado, entretanto precisa ser atualizado novamente quando for enviada a nova carta de resposta às pendências e novos documentos com alterações.

PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

RESPOSTA: Arquivo atualizado, cronograma_atualizado

ANÁLISE: A pesquisadora alterou o cronograma prevendo o início da coleta de dados para maio de 2025 (documento "cronograma_atualizado.xlsx", postado em 12/03/2025) e atualizou o cronograma na Plataforma Brasil (documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2356281.pdf", postado em 12/03/2025).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 6: Solicita-se esclarecer o uso do TCUD, se pretende coletar informações de prontuários médicos dos participantes.

RESPOSTA: Alteração realizada no arquivo: TCUD (resposta_ao_parecer_consultadoNo7.166.539), ANÁLISE: O arquivo mencionado na resposta da pesquisadora, TCUD (resposta_ao_parecer_consultado No 7.166.539), refere-se ao Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz para fins Científicos Acadêmicos. No entanto, a pesquisadora esclarece que o TCUD não será utilizado nesta pesquisa, conforme sua resposta à pendência 2, subitem 2.2, do parecer consultado No 7.166.539. Ressalta-se, ainda, que houve um equívoco na utilização das siglas por parte da pesquisadora.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 7: Solicita-se esclarecer como será realizado o recrutamento dos participantes da pesquisa. RESPOSTA: Projeto Detalhado, 6 página, 4.2 Procedimentos de coleta de dados, arquivo: projeto_completo (resposta ao parecer consultadoNo7.166.539) e Projeto Básico da Plataforma atualizado.

Homens e mulheres em tratamento oncológico no Hospital Universitário de Brasília (HUB) serão convidados a participar do estudo de forma presencial, enquanto aguardam consultas ou exames no próprio hospital. O recrutamento será realizado com sensibilidade e respeito, garantindo que os potenciais participantes compreendam o propósito da pesquisa e tenham

liberdade para decidir sobre sua participação. Inicialmente, a equipe de pesquisa abordará os indivíduos nas salas de espera ou em setores específicos do hospital relacionados ao tratamento. Será feita uma apresentação breve e acessível do estudo, explicando seus objetivos, metodologia e a importância da participação voluntária. Os indivíduos que demonstrarem interesse em participar receberão todas as informações necessárias e terão a oportunidade de esclarecer dúvidas antes de tomar uma decisão. Aqueles que aceitarem participar assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), no qual constam seus direitos, a garantia de sigilo das informações e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo ao seu tratamento. Caso haja necessidade de gravação de entrevistas, os participantes também assinarão o Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz para Fins Científicos e Acadêmicos (anexo I), garantindo que essa autorização seja concedida de forma voluntária. Após a assinatura dos termos, a aplicação da pesquisa será agendada de acordo com a disponibilidade e preferência do participante, podendo ocorrer antes, durante ou após a sessão de quimioterapia. O objetivo é garantir que a participação ocorra no momento mais confortável para cada indivíduo, respeitando seu estado físico e emocional...

ANÁLISE: A pesquisadora informa como o recrutamento será realizado para atender o número de participantes da pesquisa no projeto detalhado pagina 6 item 4.2 procedimentos (documento projeto_completo_resposta_ao_parecer_consustanciado7166539_.docx.postado em 31/01/2025) e no projeto da PB no item metodologia proposta (documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2356281.pdf postado em 06/02/2025).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Todas as Pendências foram atendidas. Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2356281.pdf	12/03/2025 19:48:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizado.doc	12/03/2025 19:45:46	Mariana de Carvalho Antas Valle	Aceito
Outros	cartaresposta_parecer7416571.doc	12/03/2025 19:45:27	Mariana de Carvalho Antas Valle	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	avaliacao_psicologica_em_pessoas_em _tratamento_de_cancer.docx	12/03/2025 19:45:18	Mariana de Arvalho Antas Valle	Aceito
Cronograma	cronograma_atualizado.xlsx	12/03/2025 19:45:09	Mariana de Arvalho Antas Valle	Aceito
Outros	TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_I MAGEM_SOM_DE_VOZatualizado.docx	07/03/2025 08:46:29	Mariana de Arvalho Antas Valle	Aceito
Outros	cartaencaminhamento2.pdf	06/02/2025 19:53:06	Mariana de Arvalho Antas Valle	Aceito
Outros	termodecompromissopesquisador.doc	06/02/2025 17:36:02	Mariana de Arvalho Antas Valle	Aceito

Outros	CV_MarianaValle.pdf	06/02/2025 17:34:43	Mariana de Arvalho Dantas Valle	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS_AS _PENDE NCIAS_APONTADAS_PELAS CEP_resp osta_ao_parecer_consustanciad o7166 539_.doc	31/01/2025 13:51:13	Mariana de Arvalho Dantas Valle	Aceito
Outros	cvmarianavalle_resposta_ao_parecer_c onsustanciado7166539_.pdf	31/01/2025 13:40:33	Mariana de Arvalho Dantas Valle	Aceito

Outros	cvmarinaKohlsdorf_resposta_ao_parecer_r_consustanciado7166539_.pdf	31/01/2025 13:40:20	Mariana de Arvalho Dantas Valle	Aceito
Outros	Carta de respostas referente ao Parecerado	2/10/2024	Mariana de Arvalho Dantas	Aceito

	n7166539.doc	1:17:16	alle	
Outros	termodeconcordanciainstituicaopropone ntedefinitiva.pdf	8/08/2024 1:31:22	Mariana de arvalho Dantas alle	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_pesquisador.doc c	5/08/2024 6:20:05	Mariana de arvalho Dantas alle	Aceito
Outros	anexoH_FACTCOG.docx	7/07/2024 2:00:51	Mariana de arvalho Dantas alle	Aceito
Outros	anexoG_SF36.docx	7/07/2024 2:00:46	Mariana de arvalho Dantas alle	Aceito
Outros	anexoF_DASS21.docx	7/07/2024 2:00:40	Mariana de arvalho Dantas alle	Aceito
Outros	anexoE_questionariobriefcope.docx	7/07/2024 2:00:33	Mariana de arvalho Dantas alle	Aceito
Outros	anexoD_barreiradeadesao.docx	7/07/2024 2:00:25	Mariana de arvalho Dantas alle	Aceito

Outros	anexoC_E3PO.docx	7/07/2024 11:59:52	Mariana Arvalho Falle de Dantas	Aceito
Outros	anexoB_entrevistasemiestruturada.docx	7/07/2024 11:59:17	Mariana Arvalho Falle de Dantas	Aceito
Outros	anuencia.pdf	7/07/2024 11:53:05	Mariana Arvalho Falle de Dantas	Aceito
Orçamento	Planilha_de_orcamento.doc	7/07/2024 11:51:48	Mariana Arvalho Falle de Dantas	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostomcdassinado.pdf	7/07/2024 11:45:00	Mariana Arvalho Falle de Dantas	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	3/07/2024 10:22:32	Mariana Arvalho Falle de Dantas	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoPB.pdf	4/06/2024 11:27:29	Mariana Arvalho Falle de Dantas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 27 de Março de 2025

Assinado por: Janine Araki (Coordenador(a))