



Ansiedade, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde: perspectivas dos sobreviventes de câncer

Anxiety, depression and health-related quality of life: perspectives from cancer survivors

Ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud: perspectivas de sobrevivientes de cáncer

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção dos sobreviventes de câncer acerca da ansiedade, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa que tem como referencial o conceito de cultura. A coleta dos dados se deu por meio de roteiro de entrevista semiestruturada contendo variáveis sociodemográficas e clínicas, seguidas de perguntas sobre qualidade de vida, ansiedade e depressão; para análise dos dados, realizou-se a análise de conteúdo. **Resultados:** Realizado com 13 participantes sobreviventes de câncer. As categorias que emergiram foram: A vida afetada pelo câncer e sua qualidade de vida relacionada à saúde; Aspectos psicológicos dos sobreviventes de câncer: o medo a ansiedade e a depressão; e a Rede de apoio no enfrentamento do diagnóstico e tratamento. **Considerações finais:** Os sobreviventes relataram não estar satisfeitos com a qualidade de vida relacionada à saúde, visto que os efeitos adversos resultantes do tratamento ainda persistem, mesmo após o fim do tratamento.

Descritores: Depressão; Qualidade de vida; Neoplasias; Sobreviventes de câncer; Transtornos de ansiedade.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of cancer survivors about anxiety, depression and health-related quality of life. **Method:** Qualitative study, using the concept of culture as a reference. Data collection was carried out through a semi-structured interview script containing sociodemographic and clinical variables, followed by questions about quality of life, anxiety and depression. Content analysis was performed for data analysis. **Results:** Conducted with 13 cancer survivors. The categories that emerged were: Life affected by cancer and its health-related quality of life; Psychological aspects of cancer survivors: fear, anxiety and depression; and Support network in coping with diagnosis and treatment. **Final remarks:** Survivors reported not being satisfied with their health-related quality of life, since the adverse effects resulting from treatment still persist even after the end of treatment.

Descriptors: Depression; Quality of life; Neoplasms; Cancer survivors; Anxiety disorders.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de los sobrevivientes de cáncer sobre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud. **Método:** Estudio con enfoque cualitativo, tomando como referencia el concepto de cultura. La recolección de datos se realizó a través de un guion de entrevista semiestructurada que contenía variables sociodemográficas y clínicas, seguidas de preguntas sobre calidad de vida, ansiedad y depresión. Se realizó un análisis de contenido para analizar los datos. **Resultados:** Realizado con 13 participantes sobrevivientes de cáncer. Las categorías que surgieron fueron: Vida afectada por el cáncer y calidad de vida relacionada con la salud; Aspectos psicológicos de los sobrevivientes de cáncer: miedo, ansiedad y depresión; y la Red de Apoyo en el afrontamiento del diagnóstico y tratamiento. **Consideraciones finales:** Los sobrevivientes informaron que no estaban satisfechos con su calidad de vida relacionada con la salud, ya que los efectos adversos resultantes del tratamiento aún persisten incluso después de finalizar el tratamiento.

Descriptores: Depresión; Calidad de vida; Neoplasias; Sobrevivientes del cáncer; Desórdenes de ansiedad.

Geysiane Kelle Alves do Nascimento¹

ID 0000-0002-5387-5682

Juliana Lourenço Araujo Veras¹

ID 0000-0003-3833-8421

Heverton Valentim Colaço Silva²

ID 0000-0001-7169-4140

Julyana Viegas Campos Cavalcanti³

ID 0000-0001-7663-8893

Ellen Cristina Barbosa dos Santos¹

ID 0000-0001-9938-6721

Rafaela Azevedo Abrantes de Oliveira Simoneti¹

ID 0000-0002-4694-2197

¹Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

²Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES-PE – Recife, Pernambuco, Brasil

³Centro Universitário da Vitória de Santo Antão – Univisa – Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

Autor correspondente:

Rafaela Azevedo Abrantes de Oliveira Simoneti
rafaela.abrantes@ufpe.br

INTRODUÇÃO

A sobrevivência ao câncer tem se tornado cada vez mais frequente em todo o mundo. Nos EUA, em janeiro de 2022, estimou-se haver 18,1 milhões de sobreviventes de câncer, o que representa 5,4% da população americana, com expectativa de 26 milhões para 2040. Ainda de acordo com as estatísticas americanas, 70% dos sobreviventes de câncer viveram cinco anos ou mais após o diagnóstico, e 11% têm vivido 25% ou mais após o diagnóstico, os demais vivem entre 5 e 25%⁽¹⁾. Assim, nota-se que a população de pacientes oncológicos que tiveram câncer e sobreviveram a ele vem crescendo exponencialmente, fato que chama atenção para a identificação das necessidades desse grupo. No Brasil, não temos dados estatísticos de quantos sobrevivem à doença.

A questão conceitual de ser sobrevivente, e estar na fase de sobrevivência ao câncer, engloba muitas definições e comumente confusões, apesar de os conceitos estarem entrelaçados. Para este estudo, o referencial conceitual para sobrevivência ao câncer adotado está relacionado a como viver após receber o diagnóstico de câncer e concluir o tratamento, estendendo-se ao longo da vida; abarca todas as fases do processo, desde o diagnóstico inicial até os cuidados em curso; e monitoramento depois do fim do tratamento ativo⁽²⁾. Tal referencial adotado é dinâmico e não linear e permite conhecer as necessidades de saúde daqueles que concluem o tratamento e retornam ao contexto familiar e social, aprimorar a qualidade de vida e garantir longevidade e que o paciente viva além do câncer.

Salienta-se que sobreviventes do câncer, em sua maioria, apresentam mais problemas de saúde, sejam agudos, sejam

crônicos, muitas vezes como resultado dos efeitos colaterais dos tratamentos. Dessa maneira, esses sujeitos se encontram em maior situação de vulnerabilidade para o desenvolvimento de novos cânceres, osteoporose, disfunções orgânicas, que requerem acompanhamento contínuo e amplo na tentativa de promover melhor qualidade de vida (QV), ao buscar a diminuição das incapacidades, das complicações e auxiliar na restauração das funções físicas, mentais, emocionais e sociais⁽³⁾.

Nas ciências da saúde, um conceito mais específico ganha destaque: a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), também chamada de saúde percebida – que representa a percepção que a pessoa tem sobre seu estado de saúde, considerando suas expectativas individuais e influências externas, como a intensidade e o tempo de duração da doença, assim como o nível de apoio social e familiar recebido⁽⁴⁾. Tal conceito pode ser traduzido na compreensão da saúde em sua vertente subjetiva, englobando, para além dos aspectos físicos, os psicológicos, sociais e também a funcionalidade do bem-estar dos indivíduos perante uma doença⁽⁵⁾.

Sobre isso, sabe-se que receber o diagnóstico de câncer implica o surgimento de uma série de desconfortos emocionais que têm levado os sobreviventes a apresentarem, entre outros, maiores incidências de ansiedade e depressão, quando comparados à população geral. O estado psicológico decorrente da ansiedade apresenta como características sentimentos de tensão e pensamentos e preocupações excessivas, que frequentemente estão associadas a alterações físicas. A depressão, de forma complementar, envolve uma interação complexa entre os fatores fisiológicos, emocionais e

ambientais, podendo se apresentar como um estado afetivo de angústia, diminuição do humor, tristeza, perda de interesse, choro persistente, perda da energia e do prazer pela vida, além de sensação de impotência⁽⁶⁾.

Nesse sentido, é comum observar afastamento nas participações em atividades sociais e dificuldade para tomada de decisões. O medo da morte, o sentimento de planos de vida destruídos, as dificuldades financeiras, mudanças na aparência física e a ansiedade contribuem para um declínio significativo da qualidade de vida dessas pessoas⁽⁶⁾. Sendo assim, apreende-se que ser sobrevivente de câncer envolve questões que permeiam a subjetividade do ser humano e incluem desde alterações elementares do cotidiano até a necessidade do convívio com complicações advindas tanto do tratamento, muitas vezes agressivos, quanto da evolução da doença, o que requer um posicionamento desses sobreviventes perante as adversidades impostas⁽⁷⁾.

Importante salientar que a equipe de saúde, em especial a da atenção primária, é peça fundamental para a continuidade da assistência ao sobrevivente de câncer, que pouco necessita das ações rotineiras do nível terciário, fazendo com que esse indivíduo, de alguma maneira, sinta-se desvinculado da assistência da equipe especializada do nível terciário. Dessa forma, a atenção primária precisa se comportar de maneira ativa no acolhimento e na implementação de um plano terapêutico fundamentado, principalmente, na escuta e no atendimento das necessidades que esses sobreviventes apresentam⁽⁸⁾.

Este estudo pretende contribuir para conhecer melhor o universo daqueles que sobrevivem e como sobrevivem a uma do-

ença grave que pode causar, também, o adoecimento daqueles que estão em seu entorno. Logo, entender como o sobrevivente do câncer vive, quais suas necessidades em saúde e comorbidades associadas pode contribuir para fortalecer os cuidados em saúde e a rede de atenção oncológica. Justifica-se, portanto, que conhecer a QVRS e as questões sobre a saúde mental dos sobreviventes de câncer faz-se necessário, no sentido de estabelecer um diagnóstico situacional com o intuito de traçar estratégias de acompanhamento fundamentadas em ações específicas, individualizadas e que contemplem todas as nuances que o sobrevivente necessita para um enfrentamento efetivo.

Embora alguns estudos quantitativos apontem para dados importantes sobre a QVRS, este estudo mostra-se importante devido ao fato de aprofundar na subjetividade desse contexto de sobrevivência e trazer elementos que compõem o imaginário social desse grupo e a maneira como este se comporta diante do câncer. Acredita-se que o presente estudo possa subsidiar a implementação de uma rede de cuidados em saúde que preze pelo princípio norteador do Sistema Único de Saúde da continuidade da assistência e resulte em ações efetivas no sentido de promover melhor QV e a diminuição da ansiedade e depressão nesse público. Para tanto, objetivou-se analisar a percepção dos sobreviventes de câncer acerca da ansiedade, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de metodologia qualitativa, uma vez que esta permite explorar um conjunto de representações sociais como

objeto de estudo⁽⁹⁾. Partindo do pressuposto de que os discursos dos sobreviventes de câncer são carregados de símbolos, crenças e valores culturais, adotamos como referencial teórico o conceito de cultura da antropologia médica, que norteará a análise das percepções a partir dos relatos dos próprios sobreviventes de câncer⁽¹⁰⁾. O referencial adotado aborda aspectos da qualidade de vida e da saúde mental na linguagem dos sujeitos, seja nas suas intenções, explicações, seja nas suas historicidades, a partir das próprias experiências de vida dos sobreviventes, desde o diagnóstico da doença oncológica, passando pela cultura e doença vivenciadas no dia a dia desses sujeitos⁽¹⁰⁾.

Este estudo seguiu os preceitos do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)⁽¹¹⁾, que é uma ferramenta que auxilia na garantia da qualidade, rigor e transparência ao se relatar estudos qualitativos⁽¹¹⁾. A coleta dos dados foi realizada em janeiro de 2023, com sobreviventes de câncer residentes em um município do interior de Pernambuco. Inicialmente, foi realizado um levantamento na secretaria de saúde do município sobre os pacientes oncológicos existentes.

O primeiro contato com os pacientes foi feito por telefone, para conhecer sua situação clínica e verificar se eles se enquadravam nos critérios de inclusão propostos. Em seguida, foram selecionados alguns participantes elegíveis, sendo eles convidados a participar da pesquisa e esclarecidos sobre os objetivos e etapas do estudo. Os que concordaram em participar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram agendados para a realização das entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, com auxílio de um gravador digi-

tal, a fim de garantir a fidedignidade dos dados, que aconteceram de maneira presencial, em local reservado no domicílio dos participantes, de modo a promover a privacidade e o sigilo das informações, respeitando a preferência dos participantes. As entrevistas tiveram duração média de 60min e as respostas foram transcritas da forma mais breve possível para que as impressões durante a entrevista fossem preservadas.

Os critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos, com qualquer tipo de câncer, com idade entre 18 e 70 anos, que finalizaram os tratamentos oncológicos há pelo menos um mês e que estivessem ou não sendo acompanhados pelo nível terciário de atenção à saúde. Foram excluídos do estudo pacientes que estavam em tratamento de metástases, que tiveram recidivas e/ou segundo câncer, que tiveram câncer na infância e pacientes adultos ou idosos em cuidados paliativos, já que esses pacientes sugestivamente já apresentam declínio na QVRS.

O critério de representatividade dos participantes para o encerramento da coleta de dados não foi numérico, mas sim a qualidade das respostas, pela não redundância delas, o que permitiu abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Os dados foram coletados até que ocorresse saturação, ou seja, a lógica interna do objeto de estudo fosse identificada e refletisse as múltiplas dimensões do fenômeno em investigação⁽¹²⁾. Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados pela letra P, de participante, e de um número de 1 a 13.

A coleta dos dados aconteceu em janeiro de 2023, sendo utilizado como instrumento um roteiro de entrevista semies-

truturada com a pergunta norteadora disparadora: Qual a percepção dos sobreviventes acerca da ansiedade, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde? Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e clínico e um roteiro de entrevista semiestruturada. O questionário sociodemográfico e clínico foi dividido em duas partes: a primeira investiga informações como sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de moradores no domicílio, renda, naturalidade, ocupação e religião, permitindo uma análise do contexto socioeconômico dos participantes; a segunda parte aborda variáveis clínicas, incluindo o tipo de câncer, tempo de diagnóstico, tratamentos realizados (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, entre outros), tempo desde a finalização do tratamento, presença de comorbidades e diagnósticos psiquiátricos (estresse, ansiedade e depressão). Também são investigados o uso de medicação, psicoterapia e terapias complementares.

O roteiro de entrevista semiestruturada aprofunda a experiência do paciente e está dividido em duas seções. A primeira investiga a qualidade de vida relacionada à saúde, abordando: (i) trajetória desde o diagnóstico até o pós-tratamento, incluindo sinais e sintomas iniciais; (ii) impactos físicos, emocionais, sociais e espirituais; (iii) mudanças percebidas na saúde após o término do tratamento; (iv) autoavaliação da qualidade de vida; e (v) rotina diária e atividades de lazer após o tratamento. A segunda seção foca a avaliação de sinais e sintomas indicativos de ansiedade e depressão, explorando: (i) sentimentos e reações ao receber o diagnóstico; (ii) percepção sobre ansiedade; (iii) sentimentos de fracasso, desânimo ou desesperança;

(iv) mudanças emocionais após o câncer, incluindo sintomas físicos; (v) expectativas sobre o futuro, medos e inquietações; (vi) percepção sobre depressão e medo da morte; e (vii) rede de apoio.

Os dados objetivos relacionados às variáveis sociodemográficas e clínicas foram digitados no programa Microsoft Excel 2013 e submetidos à análise descritiva com frequência numérica e percentual. Os dados subjetivos foram integralmente transcritos e submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin⁽⁸⁾, destrinchada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e a interpretação). Para a etapa de análise, contamos com duas pesquisadoras envolvidas. No primeiro momento, depois da transcrição completa na íntegra, a leitura flutuante foi realizada em separado por elas e as primeiras hipóteses, segundo Bardin, foram criadas; a segunda etapa é a de codificação com recorte das unidades de registro, conforme percebido na etapa anterior e que foi consequência da pertinência e exaustividade do processo e categorização desses códigos, sendo as ideias agrupadas manualmente de acordo com a semelhança e a semântica exibida nas falas dos participantes. Por fim, chegou-se à etapa de tratamento, que consiste na interpretação e inferência dessas categorias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, sob o parecer CAAE: 5.833.196, e atendeu a todos os pressupostos éticos, em consonância com a Resolução CNS n.º 510/2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 13 participan-

tes. Na avaliação das características sociodemográficas, houve predominância de participantes do sexo feminino 84,6%. A faixa etária variou de 33 a 62 anos e 92,3% eram casados. Quanto ao nível de escolaridade, 46,1% relataram ter ensino fundamental 1 incompleto; sobre a renda, 46,1% declararam receber até 1 salário mínimo;

no que tange à ocupação, 23,1% declararam ser aposentados e 46,1% eram donas de casa; acerca de religião, 53,8% declararam ser católicos e 46,2%, evangélicos.

O perfil clínico desses participantes, Quadro 1, traz informações relativas ao próprio câncer e condições clínicas associadas.

Quadro 1 – Dados clínicos dos participantes do estudo, Vitória de Santo Antão/PE

Participantes	Tipo de câncer	Tratamentos realizados*	Término dos tratamentos**	Patologias associadas
1	Câncer de estômago	Cirurgia + quimioterapia	3 anos	Não
2	Câncer de mama	Cirurgia + radioterapia + medicação	2 anos e 11 meses	Distrofia muscular de Duchenne
3	Câncer de mama	Cirurgia + quimioterapia + radioterapia + medicação	2 anos	HAS***
4	Câncer de endométrio	Cirurgia + quimioterapia + radioterapia + braquiterapia	3 anos	Osteoporose, artrose e fibromialgia
5	Linfoma não Hodgkin	Cirurgia + quimioterapia	1 ano	Não
6	Câncer de orofaringe	Radioterapia	7 meses	Não
7	Câncer de mama	Cirurgia + quimioterapia + radioterapia + medicação	1 ano e 2 meses	Não
8	Câncer de mama	Cirurgia + radioterapia + medicação	1 ano e 9 meses	Não
9	Câncer de endométrio	Cirurgia + quimioterapia + radioterapia + braquiterapia	3 anos e 3 meses	Não
10	Câncer de mama	Cirurgia + quimioterapia + radioterapia + medicação	10 meses	Não
11	Câncer de mama	Cirurgia + quimioterapia + radioterapia + medicação	5 anos e 2 meses	Não
12	Câncer de colo de útero	Quimioterapia + radioterapia + braquiterapia	3 anos e 9 meses	HAS, gastrite, doença na tireoide e retal
13	Câncer de mama	Cirurgia + quimioterapia + medicação	2 anos e 11 meses	HAS e esteatose hepática

*Medicação oral de uso domiciliar específica para cada tratamento.

**Tempo de término de tratamento referente ao mês de janeiro de 2023, quando foi realizada a entrevista.

***HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 2 – Dados clínicos sobre saúde mental dos participantes do estudo, Vitória de Santo Antão/PE

Participantes	Diagnóstico médico de ansiedade	Diagnóstico médico de depressão	Medicamentos psicotrópicos	Psicoterapia**
2	Não	Não	Não	Sim
3	Sim	Não	Sim	Sim
4	Sim	Sim	Não	Sim
5	Não	Não	Não	Sim
6	Sim	Não	Sim	Sim
7	Não	Não	Não	Sim
12	Sim	Sim	Sim	Sim
13	Sim	Sim	Sim	Sim

*Os demais participantes, 1,8,9,10 e 11, responderam NÃO para todas as variáveis analisadas.

**Psicoterapia referente a acompanhamento com profissional psicólogo(a) durante o percurso da sobrevivência ao câncer.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Da análise subjetiva, realizada por meio da análise de conteúdo, três categorias emergiram: A vida afetada pelo câncer e qualidade de vida relacionada à saúde; Aspectos psicológicos dos sobreviventes do câncer: o medo, a ansiedade e a depressão; e a Rede de apoio no enfrentamento do diagnóstico e tratamento.

Na categoria “A vida afetada pelo câncer e sua qualidade de vida relacionada à saúde”, na percepção dos participantes, o câncer e os tratamentos estão diretamente associados ao declínio da QVRS, evidenciando o profundo impacto da doença na vida desses sujeitos. Esse impacto não se limita à saúde física, afeta também aspectos fundamentais como identidade, independência e bem-estar emocional. O câncer provoca uma série de agravos na interação com o meio social, manifestando-se em prejuízos nas atividades domésticas, na rotina diária, nos momentos de lazer e no trabalho. Esse fato pode ser exemplificado pelas respectivas falas dos participantes elencadas a seguir.

“Eu não sou mais aquela pessoa de antes, não posso mais fazer as coisas, eu não aguento mais. Tudo que eu faço eu

fico cansada, eu sinto dor nas costas, muita dor na área do pescoço, inchaço [...]. O que me incomoda muito é que eu era uma pessoa mais ativa, trabalhava, fazia a minhas coisas [...] é o que mais me incomoda, né? Porque eu não fiquei com mais saúde pra trabalhar” (P6).

“Levantar meu braço, pegar as coisas que eu pegava, lavar roupa, assim, não lavo mais. Pegar peso, pegar baldezinho pequenininho pra lavar o terraço. Pra tomar banho, estou tomando sozinha, no começo a cabeça não deixava, agora tá deixando [...]” (P3).

“Atingiu muito, porque eu sempre trabalhei, eu fazia faxina, eu trabalhava mensal, eu lavava roupa, então eu tinha meu dinheiro, quem bancava minha casa era eu, entendeu? Aí, quando eu fiquei doente, eu não tive. Minha vida é muito complicada, tu entendeu? Eu não tenho condições de voltar a trabalhar porque eu sinto muita dor [...]” (P4).

“Veio afetar no meu corpo, hoje eu sinto falta de não ter a minha mama, porque eu durmo com aquele travesseirinho do lado para melhorar a posição. Mas eu tenho que me aceitar, que pelo resto da vida eu vou ficar assim. Sinto um descon-

forto, sinto, assim, um peso, uma dormência [...]” (P9).

“Não só o corpo em si, mas a mente. Não é que me abalou ao ponto de eu ficar com vergonha não, mas inconscientemente eu ficava constrangida pelo fato de estar mutilada, mas, assim, em comportamento de atitudes de falar, até no caso pra meu esposo, no início é constrangedor. Pronto, tô morrendo de vergonha, mas você não sabe que eu tô com vergonha, é algo que eu posso contornar, entende? [...]” (P11).

A participante 13 disse também: “Eu era uma pessoa 100% ativa, entendesse? Tudo me afetou, muita coisa, só de imaginar que antigamente eu podia fazer as coisas e agora não posso mais [...]. Eu não consigo fazer hoje uma boa faxina, não posso arrastar os móveis mais, quando eu varro essa casa, eu passo três, quatro dias sem varrer, porque eu sinto muita dor no braço”.

As falas dos participantes retratam as dificuldades que o câncer trouxe para a vida deles, com sequelas e complicações muitas vezes irreversíveis. A interrupção de atividades, entre elas as tarefas domésticas e o afastamento do trabalho, gera no sobrevivente um sentimento de inutilidade, dependência e fracasso diante da nova realidade.

“Não melhorou, não, está pior [...] assim eu não quero, mas também eu tenho que olhar o lado dele [esposo]. Quando eu tenho relação uma vez ou outra, é muita dor, é como se eu tivesse toda ferida por dentro, eu estou com muita dor. Não é normal não. Eu tenho sangramento, já cheguei a evacuar pela vagina. Aí, eu tenho muitos problemas de saúde [...]” (P4).

“Depois do tratamento [...] eu sinto

que eu não sou mais a mesma, né? Assim, eu fiquei com muita dor na parte do rosto [...] sinto boca seca, eu faço uso de saliva artificial, boca fica ferida. Eu como mais líquido, pastoso, assim, quando é uma coisa amassadinha, por mais mole que seja, a comida dói, eu sinto doer, não fiquei uma pessoa normal como era [...] mais cansaço. Quando eu ando, eu me sinto uma pessoa cansada, uma pessoa, assim, meia fraca” (P6).

“Tonturas, tive até recentemente, tanto é que quando eu voltei me pediram uns exames, porque se pensou que era falta de vitaminas, pode ser, né, um fator emocional. Dormência nos membros, alguns dias, eu sinto pela manhã [...]” (P11).

“Ressecamento no útero, fraqueza, e tudo por causa da quimio, eu estava sentindo dor, aí foi quando ela [médica] começou a passar pomada. Acho que o reto é o que mais me afetou, é que eu sinto, assim, né, aquelas pontadas bem fortes. E tem vez que aquela dor aqui dentro do osso, assim, arrastando pra baixo nas pernas, dores nas pernas, eu acho que foi isso que mais me afetou [...]” (P12).

“Eu hoje vivo mais cansada, depois desse tratamento, e fiquei com colesterol alto, eu fiquei com triglicerídeos alto, aí eu tenho que ficar controlando tudo, fiquei com essa gordura no fígado que eu não tinha, fiquei com essa bexiga baixa, como eu tinha falado pra você, e fiquei com os nervos à flor da pele, se eu tiver num canto e você fala alto comigo já fico tremendo. Cansada fiquei, muito cansada, é como se fosse uma alergia, tudo eu fico cansada, afetou também meus olhos, eu tenho uma reação alérgica [...]” (P13).

Essas falas refletem a percepção atual dos participantes sobre o estado de

saúde, sendo que as sequelas físicas relatadas correspondem ao tipo específico de câncer que acometeu cada participante. Tais sequelas refletem dor, sofrimento mental e o sentimento de saúde fragilizada, sendo evidenciada pelos sinais presentes no corpo devido aos tratamentos oncológicos agressivos. Evidencia-se uma percepção de que não são mais os mesmos após o fim dos tratamentos.

As falas descritas a seguir retratam a autopercepção sobre a própria vida e QV, sendo possível perceber que os participantes estão insatisfeitos com as complicações advindas do câncer, que os impedem de viver, trabalhar e vivenciar momentos de lazer. Esse declínio na QV traz repercussões físicas, emocionais e sociais que interferem diretamente na realização de atividades cotidianas.

"Minha vida não é boa, eu diria que era boa e que estaria boa se eu não sentisse tantas dores, se as dores não fossem tantas, porque é muito incômodo, tem hora que é insuportável. Sabe qual é meu lazer? Meu lazer é toda noite ficar uma hora ou duas com minha nora ao telefone" (P4).

"Vida como eu tinha não, não mais, porque em primeiro lugar perdi a saúde, né? Não tenho mais condição de trabalhar, não ando mais feito eu andava, até por conta mesmo da imunidade, que não pode, me sinto rouca, cansada, também não gosto de estar me expondo muito. Não posso comer de tudo, tenho dificuldade para engolir, tenho dificuldade para mastigar, estou sem a prótese, é a vida que a gente vai levar, porque tem que levar, né?" (P6).

"Qualidade de vida é o que eu tinha até dois anos atrás, podia sair, caminhar

sem limitação; e hoje eu tenho de ver muitas coisas. Pra eu sair eu tenho de pensar três vezes, então por esse período difícil que eu tô vivenciando, isso no meu físico, na minha saúde mental, aí eu acredito que eu não vou dar 100%" (P7).

"Não tenho qualidade de vida, porque eu perdi minha saúde, eu vejo o meu armário com comida e não posso comer, pra ir pro dentista eu tenho que pedir permissão médica, está entendendo? Isso não é qualidade de vida, a gente vive, sei não, por força de vontade, mas você chegar, você tem vontade de comer um pão e você não poder comer um pão, não é qualidade de vida" [...] (P13).

A categoria "Aspectos psicológicos dos sobreviventes do câncer: o medo a ansiedade e a depressão" reflete como o câncer e tratamentos interferem na saúde mental dos sobreviventes e reporta a exacerbação do sentimento de ansiedade pós-câncer. Os sentimentos de medo devido a recidivas também é frequente nas falas, enquanto a percepção sobre o interesse pela vida e os sintomas depressivos acabam aparecendo sob diferentes perspectivas.

A ansiedade é um dos sentimentos, frequentemente, relatados pelos participantes e se manifesta, no presente estudo, por meio de sintomas físicos e emocionais que antes não existiam. Nota-se nas falas o quanto a ansiedade tem impactado no cotidiano desses sobreviventes, no que tange às alterações do sono, à presença de pensamentos acelerados e aperto no peito, que acabam acarretando sentimentos de angústia, medo e sensação de que as coisas estão fora do controle e maximizando o estresse já existente. As falas retratam bem isso:

"Tremores sinto... assim, não quando eu estou sentada, dormindo. Já aconteceu... Palpitações sinto, eu já tinha, né, agora aumentou mais ainda. Tristeza do nada sinto, agitada, sei lá... Não é normal, tem hora que eu fico, sei lá, tem hora que eu fico, será que eu estou ficando doida?" (P3).

"Eu já cheguei em alguns momentos ter um pânico, não pesado, mas com medo de passar mal dentro do trânsito, entendesse? Bem típico disso, mas aí eu já tinha o conhecimento de ansiedade, de ter arritmias dormindo e acordar, eu comecei a descobrir o que era isso, se acumula muita coisa que tem hora que emerge, né?" (P5).

"Qualquer coisa eu fico abalada, ansiosa, nesse sentido, assim, se eu me estressar, se eu tiver uma raiva, qualquer coisa eu já sinto a diferença, tremores no corpo todo, como se eu tivesse sem forças nos braços, nas pernas, eu acho que depois da radio eu fiquei assim. Uma dor, aquele aperto no peito, às vezes eu sinto o coração acelerado quando acontece alguma coisa, eu fico nervosa" (P6).

"Eu me sinto mais ansiosa, e antes eu não era. Pensamento constante em algo que não aconteceu e que você fica achando que vai, a mente não para, ela não para, e nem aconteceu e você custa dormir, só imaginando. O sono vai embora, o olho fica ressecado, esses dias eu estava até sentindo uma certa arritmia. Eu não tinha, de uns dias para cá estou me sentindo assim" (P7).

"O estado emocional muda um pouco, muda, qualquer coisa você fica chorando, mais sensível, ou você evita, fica um pouco vulnerável, se eu parar e eu não preencher a minha mente, sempre vem na mente" (P8).

"Eu não durmo, eu fico ansiosa, eu tenho que tomar remédio pra dormir, porque eu não consigo dormir, às vezes dá 2h da manhã e eu estou acordada, eu fiquei assim depois da doença. Às vezes é um aperto muito grande, assim, no coração, como se um susto, um medo de alguma coisa, eu fiquei assim. Quando eu estou com a ansiedade muito forte, eu fico com aquele aperto dentro de mim, aquele medo terrível. Sabe quando isso acontece comigo? Quando eu estou no hospital e vejo aquelas pessoas passando por tudo aquilo que eu passei" (P13).

O sobrevivente de câncer é cercado pelo medo do retorno da doença e tem de lidar com essa incerteza e com o temor de precisar vivenciar o tratamento outra vez.

"É porque, assim, qualquer coisa que nascer em mim, eu coloco na cabeça que já é isso, entendesse? Nasceu um caroço aqui, aí, eu, meu Deus do céu, será que eu tô com essa doença de novo? Eu fico com medo, sabe, quando nasce qualquer coisa, eu já penso que é o câncer, por tudo o que eu passei, eu não quero passar por tudo de novo, é uma tristeza, muito ruim. Quando eu faço a revisão, eu fico pensando, eu só sossego quando eu vejo o exame" (P1).

"Sinto medo de tudo, de tudo, pronto, aqui mesmo num tem um primeiro andar, o meu quarto fica ali, aí eu tô deitada, agora pouco ainda sinto, antes eu sentia mais. Eu tenho a ligeira impressão que o prédio dela ia cair, se eu tô aqui de repente que vai explodir, tudo psicológico, agora tá pra ir no comércio, não fui ainda, não me sinto segura, sei lá. Eu sinto assim, eu não me sinto bem sozinha em nenhum canto, eu não me sinto bem" (P3).

"O medo que eu tenho do futuro hoje,

pra ser bem sincera contigo, é para o meu problema não voltar. Eu ainda tenho esse medo, ainda tenho esse medo que eu quero arrancar tudo de dentro de mim, que eu já entreguei ao Senhor. Uma vez eu fiquei, mas é muito ruim, ruim você está pensando nisso, evito” (P9).

“Afetou porque é um tipo de coisa que a gente passa, a gente passa pelo surto da morte, entendesse? Tudo em mim que dói eu já penso que é ele, tudo em mim que aparece eu já fico assustada, se às vezes eu tenho uma dor de ouvido, eu já fico assustada, porque é uma coisa muito triste [...]” (P13).

Como retratado nas falas, qualquer alteração ou mudança que apareça no corpo atua como gatilho para sentimentos de medo e desesperança, para uma sensação de que o câncer ainda está lá, que ele persiste. É viver um dilema contínuo entre estar bem e estar doente, um paradoxo complexo e individual, o qual se torna mais evidente na realização dos exames de rotina, momento esse permeado por sentimentos e emoções semelhantes aos vivenciados durante as investigações diagnósticas e diagnóstico propriamente dito. O evento traumático se mostrou presente na fala da P3, sendo descrito por medos irracionais resultantes de sofrimento emocional durante o processo de sobrevivência, evidenciados pela sensação de dependência e insegurança.

As falas dos participantes traduzem sentimentos recorrentes de tristeza e presença de sofrimento mental, permeados pelo desânimo e a falta de força para seguirem adiante.

“Não há interesse pela vida, o meu desejo, a minha vontade é dormir e não acordar, apenas descansar, descansar”

(P4).

“[...] tristeza, não dava vontade de ver ninguém, porque a depressão, o primeiro sintoma da depressão é você querer se isolar. Eu não penteava o cabelo, eu não me ajeitava, o meu marido saía e chegava e eu estava com cabelo [...] a roupa eu não ligava, nem vontade de tomar banho você tem, eu só tomava banho de noite e não queria sair, não queria ver ninguém, não queria ir para igreja, só queria ficar deitada, fazer o serviço e deitar [...]” (P12).

“É uma tristeza profunda, sem força de vontade de viver, um desânimo, né? [...] Quando eu tô assim, eu tenho vontade de chorar, eu quero ficar só no canto. Eu já procuro me movimentar, entendeu? Já pra sair, do pensamento [...] o que me mantém de pé é meus filhos e pelo meu marido, entendesse? Não tenho mais aquela força que tinha antes, o meu interesse de viver é pouco, mas é pelas crianças” (P13).

Tal percepção desencadeia uma falta de desejo pela vida e pode culminar o aparecimento da ideia suicida, em alguns casos. O resultado frequentemente observado consiste nos sintomas depressivos e no isolamento socioemocional, com uma visão pessoal de que a morte seria a única solução.

Na categoria “A rede de apoio no enfrentamento do diagnóstico e tratamento”, a ausência de uma rede de apoio efetiva configura um dos grandes pontos destacados pelos participantes, podendo ser percebida nas seguintes falas:

“Eu pensei que a família ia ficar, mas, assim, né? Pra você ter ideia, depois da notícia, não veio nenhum aqui, não veio... Os estranhos vieram mais... Eu pensei que ia ter mais abraço, amor, beijo, entendeu? É... Alisar a minha careca” (P3).

"[...] sozinha, ninguém... assim, o que mais doía era eu ver, eu pensar que eu não tinha ninguém. Eu peguei um nojo, um nojo do meu marido, foi pela maneira como ele reagiu diante de tudo que eu estava passando, de não ter me acompanhado, não teve assistência. Nada, eu me sentia muito mal em relação a isso porque eu me sentia sozinha, desprezada, entendeu?" (P4).

"[...] eu me senti abandonada mesmo e eu chorava feito uma criança, chorava muito mesmo, e eu dou graças a Deus até hoje por meu marido ter enfrentado junto comigo [...]" (P12).

Nos três relatos, é possível perceber uma rede de apoio fragilizada, marcada por mágoas, ressentimentos e traumas emocionais pelo abandono da família nos períodos desafiadores do tratamento. Em contrapartida, parte dos entrevistados evidenciam em suas falas a presença de uma rede de apoio fortalecida, marcada pelo acompanhamento de todo o processo desde o diagnóstico até o pós-tratamento. O acolhimento e a compreensão dos familiares e amigos ajudam o paciente a lidar melhor com os altos e baixos do tratamento, proporcionando uma sensação de pertencimento e segurança.

"Minha rede de apoio foi total, todo mundo perto, principalmente a família, meus pais, os irmãos, minha sogra. Tinha muita gente pra ficar comigo porque eu tinha que ir, tinha que ter alguém comigo, sempre dividiu, não foi peso pra ninguém não, visse? [...]" (P5).

"Todos me apoiaram, né, assim, o meu maior apoio mesmo eu sentia, assim, do meu esposo, né? Porque ele convivia com minha família, cada um tem a suas casas, né, mas, assim, pra estar comigo mesmo meu marido, né? Apesar que

ele precisava sair pra trabalhar, mas, assim, ele estava mais presente em todas as horas. Me acompanhar nos tratamentos quem ia era minha irmã, minha cunhada e minha filha [...]" (P6).

"Foi a minha irmã e minha sobrinha, foi da casa dela que veio apoio, ela deixou a casa dela, veio aqui pra dentro. A minha sobrinha que é a filha dela foi quem assumiu tudo em termos de levar para o hospital, o meu maior suporte foi ela. Minha sobrinha era que levava tudinho, e a mãe dela aqui dentro de casa, fazendo um serviço, mãe, neta, tudo aqui dentro. Porque eles se disponibilizaram a vim pra cá me ajudar, o meu maior suporte foi a minha irmã [...]" (P8).

A religião e a fé se mostraram uma forma poderosa de rede de apoio para os pacientes, desempenhando um papel fundamental no enfrentamento do câncer, proporcionando conforto, esperança e força emocional durante o tratamento, ajudando a lidar com os desafios que surgem ao longo da jornada de luta contra a doença.

"Sobre religião, se eu já era próxima, eu acho que agora aumentou mais ainda. Toda tarde às 15h tem o terço da misericórdia, eu me inspirava muito, se ajoelhava, pegava o terço, todo dia [...]" (P3).

"Deus sabe da minha necessidade e Deus sabe tudo que eu tenho feito na minha vida, e ele não vai me deixar ficar desse jeito não, disso eu tenho certeza, tu entendeu? Aí eu não tenho medo não, um câncer pra mim, se vir um câncer pra mim é normal, vou tratar, se tiver chance de tratamento, eu vou tratar. E também se o médico disser assim, não tem, vai pra casa e espera, eu vou esperar em Deus [...]" (P4).

"Olha, eu me agarro muito em oração,

a gente vai morrer um dia, mas eu louvo e glorifico o meu Deus porque eu vou morrer de outra coisa, eu digo às pessoas o que Deus fez na minha vida [...]” (P8).

“O lado positivo você vence. Eu digo uma coisa a você, eu venci, estou vencendo, eu não me deixei olhar para as coisas negativa, as coisas negativa eu deixei pra cair no ralo. Eu disse: Jesus, eu sei que estás comigo, porque a vida do ser humano é passageiro aqui na terra, todos sabem que um dia vai, agora tem certas coisas que acontece na vida que vem que a gente não espera, né? Mas estou aqui pra dizer que Jesus cuida de nós [...]” (P9).

DISCUSSÃO

Ao se propor a estudar depressão, ansiedade e qualidade de vida no contexto oncológico, tem-se o processo saúde e doença entrelaçados, tendo no indivíduo aspectos sociais, culturais e valores muito intrínsecos a cada um. Logo, todo o itinerário ao longo do processo de sobrevivência é rico em adaptações, crenças, medos, recomeços, costumes e desafios para lidar com as mais diferentes experiências que a vida os obriga a vivenciar. Assim, a partir dos resultados evidenciados pelo presente estudo, nota-se que a sobrevivência ao câncer se encontra atrelada a transformações de diversas naturezas, sejam físicas, como dor, cansaço, tonturas, que são limitantes e podem impactar a rotina diária; seja a percepção acerca da própria vida.

As mudanças corporais, socioemocionais, profissionais, familiares, econômicas decorrentes do sobreviver ao câncer podem frequentemente gerar sintomas de medo, incerteza, insegurança, agravando os problemas psicológicos já existentes ou desencadeando quadros

como ansiedade e depressão e reduzindo a QV⁽¹³⁾. Além disso, o contexto sociocultural, o estilo de vida e os recursos de saúde oferecidos a esses sobreviventes, bem como a presença ou ausência de uma rede de apoio efetiva, sua crença e valores, influenciarão a maneira que o indivíduo e familiares irá ressignificar a vida e reagirá às mudanças impostas pela doença, tratamentos e complicações advindas em curto e em longo prazo^(13,14).

Ao investigar a ansiedade, depressão e a QV dos sobreviventes de câncer, deve-se respeitar as especificidades da individualidade e o meio em que cada um está inserido. As subjetividades descritas pelos participantes não devem ser consideradas isoladamente, visto que a cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas. Destarte, os sentidos atribuídos à forma de ver a si mesmo, de encarar as dificuldades e medos, a autorreflexão acerca da qualidade de vida são pessoais e têm impacto cultural. Nessa perspectiva, a cultura é uma rede de significados construída socialmente, esses sentidos são múltiplos e se diferenciam de acordo com o contexto em que ocorrem⁽¹⁰⁾.

Diante do exposto, e considerando a percepção e subjetividade de cada participante e como eles veem a si mesmos, notou-se que os sobreviventes de câncer participantes deste estudo percebem a vida com baixa qualidade e relatam que chega a ser difícil e até mesmo insuportável viver dessa maneira. Em uma revisão sistemática e metanálise realizada em 2021⁽¹⁵⁾, seis estudos demonstraram que mulheres acompanhadas por um período de mais de 1 a 10 anos após o diagnóstico ou tratamento cirúrgico do câncer apresentaram, em média, desempenho mais

baixos nos domínios físico, cognitivo, social e emocional, além de menor sensação de bem-estar. Ademais, relataram níveis mais elevados de dor corporal com pontuações mais altas, em comparação com os grupos de referência, evidenciando impactos prolongados na qualidade de vida desses pacientes⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, faz-se necessário que o sobrevivente receba cuidados de uma equipe multiprofissional que busque acompanhá-lo integralmente, levando em consideração todo o impacto que a doença desencadeia no cotidiano, bem como as repercussões na QVRS desse sujeito, e principalmente que a equipe multiprofissional mantenha um vínculo de informação e cuidado após o fim do tratamento, após o retorno desse paciente ao contexto social, sendo esse momento o mais negligenciado pelo serviço e rede de atenção à saúde⁽¹⁶⁾.

Para tanto, o cuidado ao sobrevivente de câncer deve contemplar uma investigação minuciosa e atenta, por parte dos profissionais de saúde, sobre as limitações físicas e socioemocional que ele pode apresentar. Somente assim torna-se possível implementar ações em saúde de maneira contundente e integral, de modo que haja desde intervenções físicas até psicológicas, percorrendo também intervenções educacionais que possibilitarão o autogerenciamento dos sintomas físicos e socioemocionais, refletindo numa recuperação e numa reconstrução/ressignificação da vida⁽¹⁷⁾.

Na segunda categoria, evidenciou-se o medo como um sentimento muito vivo entre os sobreviventes da doença. Foi possível apreender que qualquer alteração corporal, morte de companheiros de

tratamento, ou qualquer outra situação que os fizesse rememorar todo sofrimento vivenciado, fazia com que o sentimento retornasse para a vida desses sobreviventes^(7; 18). Destaca-se que o medo é subjetivo, pessoal e culturalmente um construto social de senso comum⁽¹⁰⁾. Assim, constata-se que, apesar da subjetividade, o futuro percebido como incerto, em que planos e sonhos são perdidos, desencadeia processos de pensamentos desagradáveis, ansiosos e adversos, os quais interferem diretamente na concentração, sono, funcionamento social e na tomada de decisões, podendo culminar no que eles mais temem, que é a reincidência do câncer, a invalidez e a morte, tornando-se um ciclo vicioso⁽¹⁸⁾.

Evidenciou-se que o ser ou estar ansioso está presente na vida dos sobreviventes deste estudo, surgindo, na percepção deles, logo após o diagnóstico de câncer, margeando toda a rotina de tratamento e de convivência com a doença em si. Foi possível notar que os sobreviventes relataram a ansiedade mais intensificada após o término dos tratamentos oncológicos. Sintomas físicos atribuídos à ansiedade, como insônia, taquicardia, fadiga, problemas digestivos, agitação, sudorese, tremores, tensões musculares, alteração no apetite, perda de energia e de peso, preocupações excessivas, redução da imunidade, além dos sentimento de pessimismo e impotência, também corroboram outro estudo⁽¹⁹⁾.

Sendo assim, denota-se a importância da psicoterapia como suporte profissional psicológico aos sobreviventes, entre algumas estratégias, as não farmacológicas⁽¹³⁾, bem como a Terapia de Aceitação e Compromisso, que é vista como uma im-

portante abordagem que apresenta intervenção integral, permitindo que o paciente aceite seus sentimentos, sensações desconfortáveis e pensamentos, promovendo, assim, a flexibilidade psicológica, permitindo que o paciente desenvolva estratégias adaptativas de enfrentamento, atribuindo valores à existência e resignificando essa fase da vida⁽²⁰⁾.

O desinteresse pela vida, a tristeza profunda e a perda da vontade de viver são as principais manifestações dos sintomas depressivos, além da desesperança, falta de motivação, tristeza e comportamento suicida, que foram relatados por alguns dos participantes, além de agravar suas atividades profissionais, relações familiares e convivência social, comprometidas por tais sintomas⁽²¹⁾. Salienta-se que pacientes oncológicos com diminuição da QV, mesmo que não aparentem, tendem a desenvolver mais sintomas depressivos⁽²²⁾. O serviço de saúde deve estar preparado para reconhecer essas necessidades e atender a essas demandas. Reforça-se que a multidimensionalidade do cuidado não se restringe apenas aos cuidados físicos, mas também a particularidades psicológicas e emocionais que os sobreviventes de câncer apresentam, que podem ser averiguadas por meio da utilização de um cuidado pautado pela sensibilidade, empatia e humanização de um serviço que reconhece a iminente necessidade de cuidado, mesmo após o fim do tratamento⁽²³⁾.

Por fim, a terceira categoria reforça a fragilidade da rede de apoio, a qual parece contribuir significativamente para alterações no domínio psicológico e consequente redução na percepção sobre a QVRS, uma vez que os participantes re-

lataram sentirem-se sozinhos, abandonados, com limitações e traumas, sem o apoio de quem eles realmente precisavam, que é a família. Em contrapartida, os entrevistados que contaram com uma rede de apoio efetiva ao longo do processo de enfrentamento de câncer referem que a força e o desejo de viver são maiores e advêm justamente do apoio estruturado da família, a qual transmite a mensagem de que o sobrevivente é uma pessoa amada e permite que haja espaço para uma escuta atenta, reverberando positivamente no aumento da esperança e na forma como resignificam e encaram a vida⁽²⁴⁾. Assim, a rede de apoio centrada na família é uma variável que pode influenciar diretamente a percepção acerca da QVRS dos sobreviventes de câncer, destacando que, socialmente, nossos valores e crenças são baseados no construto família e que o apoio e presença dela é enriquecedor para quem recebe apoio⁽¹⁰⁾.

O apoio social oferecido pela família é definido como amparo emocional, físico e material de pessoas que têm contato com o paciente. Esse apoio gera efeitos positivos, pois os pacientes se sentem mais fortes para enfrentar o tratamento e o processo da doença sem desanimar, passando pelo processo da doença e de tratamentos com menos traumas⁽²⁵⁾. A fé e a espiritualidade figuram como elementos cruciais para que haja a esperança da cura, sendo que a presença Divina, conforme relatado pelos sobreviventes entrevistados, reforça o sentimento de proteção e segurança. Dessa forma, nota-se que a doença gera sofrimento e inseguranças quanto ao futuro, além de dor para o paciente e sua família.

A relevância do presente estudo é

justamente compreender, a partir das perspectivas dos próprios sobreviventes, quais são os impactos físicos e psicológicos desencadeados pela doença e como ela impacta a QVRS, em um momento do continuum do câncer que ainda é negligenciado pela rede de saúde e que, no senso comum, se o tratamento foi concluído, está tudo bem e o paciente está apto a ter uma vida normal, como antes. Porém, como pudemos evidenciar neste estudo, os sobreviventes continuam com necessidades não sanadas e precisam de suporte e apoio de uma equipe preparada para assisti-los⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto de equipe multidisciplinar, a enfermagem atua de forma ativa no percurso terapêutico do paciente oncológico, vivenciando com ele os problemas, desde a descoberta do câncer até a sobrevivência ou cuidados paliativos, construindo um vínculo com o paciente e sua família e sendo responsável pela resolução de diversas situações que envolvem o cuidado dentro e fora do contexto hospitalar⁽²²⁾.

Como limitação deste estudo, pode-se elencar o fato de que outros fatores externos ao câncer, como os eventos estressores da vida, podem ter forte interferência no aparecimento de sintomas depressivos e/ou sintomas de ansiedade, portanto os achados do presente estudo podem ter relação com fatores aqui não investigados. Assim, sugere-se que novos estudos sejam direcionados para a percepção da relação do câncer com a saúde mental, no intuito de que todos os aspectos relacionados possam ser averiguados em sua totalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos achados, observa-se

uma inter-relação entre as três categorias analisadas, uma vez que os participantes que relataram comprometimentos na saúde física também descreveram algum grau de impacto na saúde mental, incluindo estresse, instabilidade emocional, aumento da ansiedade, além do fato de alguns pacientes citarem sintomas depressivos. A rede de apoio mostrou-se essencial para minimizar os impactos desses sintomas, proporcionando acolhimento emocional, segurança e incentivo para a continuidade do tratamento. O suporte oferecido por familiares, amigos e a relação com a fé e a espiritualidade ajudaram os pacientes a lidar melhor com os desafios emocionais, reduzindo sentimentos de medo e solidão.

Por outro lado, pacientes que não contavam com uma rede de apoio estruturada relataram uma experiência mais solitária, marcada por sentimentos intensificados de solidão, insegurança e maior dificuldade para enfrentar os desafios do tratamento. Esses achados reforçam a importância da rede de apoio como um pilar fundamental para a saúde mental e o bem-estar dos pacientes oncológicos, destacando a necessidade de estratégias que ampliem o suporte àqueles que enfrentam a doença sozinhos.

Este estudo contribuiu para fomentar o conhecimento científico acerca do sobrevivente do câncer e chamar atenção para as necessidades desse grupo e fortalecer a importância de um cuidado adequado, individualizado e executado por uma equipe multiprofissional, liderado pelo enfermeiro que está diretamente conectado ao paciente e que pode gerenciar o cuidado e a criação de planos de cuidados personalizados para esse público.

REFERÊNCIAS

1. Tonorezos E, Devasia T, Mariotto AB, Mollica MA, Gallicchio L, Green P, Doose M, Brick R, Streck B, Reed C, de Moor JS. Prevalence of cancer survivors in the United States. *J Natl Cancer Inst.* 1 nov. 2024;116(11):1784-1790. DOI: 10.1093/jnci/djae135. PMID: 39002121; PMCID: PMC11542986.
2. Neris RR, Nascimento LC. Childhood cancer survival: emerging reflections on pediatric oncology nursing. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03761. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020041803761>.
3. Urquhart R, Cordoba W, Bender J, Cuthbert C, Easley J, Howell D, et al. Risk stratification and cancer follow-up: towards more personalized post-treatment care in Canada. *Curr Oncol.* 3 maio 2022;29(5):3215-3223. DOI: 10.3390/curroncol29050261.
4. Alencar NES, Silva GRF, Gouveia MTO e Silva ARV. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2022;35:eAPE0189345.
5. Ruidiaz-Gómez KS, Cacante-Caballero JV. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciencia y cuidado.* 2021;18(3):86-99.
6. Martins BG, Silva WR, Maroco J, Campos JADB. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *J bras psiquiatr [Internet].* 2019;(68)32-41. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/SZ4xmWDdkxwzPbSYJfdyV-5c/?lang=pt>.
7. Alvarez KCP, Sales CA. Existential phenomenological view of health care experiences from the perspective of cancer survivors. *Rev bras enferm.* jul. 2020;73(Suppl 6):e20190811. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0811.
8. Friestino JK, Corrêa CR, Souza AI, Fonsêca GS, Geremia AC, Moreira Filho DC. Qualificação profissional e o câncer infantojuvenil na atenção básica. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2022;35:eAPE02771. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO02771.
9. Abad A, Abad TM. Análise de conteúdo na pesquisa qualitativa. *Alternativas cubanas en Psicología [Internet].* 2022;10(28). Disponível em: <https://acupsi.org/analise-de-conteudo-na-pesquisa-qualitativa/>.
10. Langdon EJ, Wiik, FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev latinoam enferm [Interne].* 2010;18(3):459-466. DOI: 10.1590/S0104-11692010000300023.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
12. Minayo, M. C. de S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa [Internet].* 5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.
13. Sun M, Liu C, Lu Y, Zhu F, Li H, Lu Q. Effects of physical activity on quality of life, anxiety and depression in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* Dez. 2023;17(5):276-285. DOI: 10.1016/j.anr.2023.11.001. Epub 2023 Nov 7. PMID: 37944798.
14. Stein JS, Moreira MC. Perspectivas

do cônjuge sobre a doença oncológica do(a) parceiro(a): do trauma à possibilidade de resignificação. Pensando famílias [Internet]. 2021 [citado em 27 mar. 2025];25(2):48-64. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200005&lng=pt&tlng=pt.

14. Moshina N, Falk RS, Hofvind S. Long-term quality of life among breast cancer survivors eligible for screening at diagnosis: a systematic review and meta-analysis. *Public Health. Out.* 2021; 199:65-76. PubMed; PMID: 34560477. DOI: 10.1016/j.puhe.2021.08.008.
15. Garcia-Vlvar C. The use and misuse of the concept of cancer survivor. *Cancer Nurs [Internet]*. Nov-dez. 2022;45(6):419-420. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001167>.
16. Siwik CJ, Jhaveri K, Cohen JA, Barulich M, Chang A, Levin AO, Goyal NG, Melisko M, Chesney MA, Shumay D. Survivorship wellness: a multidisciplinary group program for cancer survivors. *Support Care Cancer*. 26 oct. 2023;31(12):655. Doi: 10.1007/s00520-023-08117-3. PMID: 37882860; PMCID: PMC10602945.
17. Collodel-Benetti I, Oliveira WF. Consequências negativas de adoecer e sobreviver ao osteossarcoma no cotidiano de adultos jovens: uma revisão narrativa. *Psicol Conoc Soc*. 2020;10(3):135-150. DOI: 10.26864/pcs.v10.n3.9.
18. Zang, Lu, Cheng C, Zhou Y, Liu X. Music therapy effect on anxiety reduction among patients with cancer: a meta-analysis. *Front Psychol*. 2023;(13):1028934. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1028934.
19. Barba, DMM. A terapia de aceitação e compromisso no manejo dos transtornos psicológicos de pacientes com câncer. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023;6(3):12347-12368. DOI: 10.34119/bjhrv6n3-309.
20. Amorim JN, Cavalcante LA, Rodrigues KC, Pucci SHM. Ideação suicida em pacientes oncológicos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2022;8(7):978-998. DOI: 10.51891/rease.v8i7.6388.
21. Beserra JHGN, Aguiar RS. Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem perante o tratamento de pacientes com câncer: revisão integrativa. *Revisa [Internet]*. Mar. 2020. [citado em 17 maio 2023];9(1):144-155. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051392>.
22. Rodrigues RL, Schneider F, Kallinke LP, Kempfer SS, Backes VMS. Clinical outcomes of patient navigation performed by nurses in the oncology setting: an integrative review. *Rev Bras enferm*. 2021;74(2):e20190804. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0804.
23. Campos SO, Scorsolini-Comin F. Coping e redes de apoio de casais sobreviventes ao câncer cervical. *Contextos Clín*. 2020;13(3):873-895. DOI: 10.4013/ctc.2020.133.08.
24. Oliveira, MR, Mattias RS, Lemos ID, Pinto KRTF, Gomes GNCC, Cestari MEW. A família diante do diagnóstico de câncer de mama sob o olhar da mulher. *Rev Pesqui [Internet]*. 2018; 932-935. Disponível em: <https://seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/6267/pdf>.

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: GKAN, RAAOS e ECBS

Obtenção de dados: GKAN

Análise e interpretação dos dados: GKAN, RAAOS

Redação do manuscrito: GKAN, RAAOS

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: JVCC, HVCS, JLAV, RAAOS e ECBS

Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga – Editora-chefe

Fabiana Bolela de Souza – Editora científica

Nota:

Não houve financiamento por agência de fomento. Esta pesquisa é um Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, do ano de 2023.

Recebido em: 26/04/2024

Aprovado em: 31/03/2025

Como citar este artigo:

Nascimento GKA, Simoneti RAAO, Veras JLA, et al. Ansiedade, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde: perspectivas dos sobreviventes de câncer. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2025;15:e5420. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v15i0.5420>.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.