

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CRISTINA SANTANA CRUZ

Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão
provocados/associados pela pandemia de Covid-19 em
mulheres com câncer de mama

RIBEIRÃO PRETO

2024

CRISTINA SANTANA CRUZ

Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão
provocados/associados pela pandemia de Covid-19 em
mulheres com câncer de mama

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher
no ciclo vital

Orientador: Prof.^a Dr.^a Marislei Sanches
Panobianco

RIBEIRÃO PRETO

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meioconvencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santana Cruz, Cristina

Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão
provocados/associados pela pandemia de Covid-19 em mulheres com
câncer de mama. Ribeirão Preto, 2024.

87 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública.

Orientadora: Panobianco, Marislei Sanches

1. Ansiedade. 2. Câncer de Mama. 3. Depressão. 4. Pandemia.
5. Qualidade de vida.

SANTANA-CRUZ, Cristina

Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/associados pela pandemia de Covid-19 em mulheres com câncer de mama

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

Com muita honra e amor, atribuo esta dissertação à minha mãe, Francisca Rodrigues de Santana Cruz (in memoriam), por todo o esforço e dedicação para eu poder realizar meus estudos. Sempre me apoiou, incentivou e encorajou a nunca desistir das coisas que eu almejava.

O meu trabalho com o câncer de mama foi inspirado em sua história e luta. Por isso estou aqui para honrá-la e ajudar também outras mulheres com o mesmo diagnóstico que o seu. Ao longo da vida, a senhora foi e sempre será minha maior fonte de admiração e incentivo. Sei que hoje encontra-se em outro plano, mas deixo aqui minha eterna gratidão e amor por tudo que foi para mim enquanto esteve presente, pois, quero continuar sendo seu orgulho mesmo não estando fisicamente. Sou parte de sua vida e você é toda a minha história.

Agradecimentos

Uma mistura de vários sentimentos esteve comigo ao longo desse caminho, uns de alegria, outros de angústia e medo. Expresso o maior sentimento que tenho nesse final de percurso, o de GRATIDÃO. Gratidão por realizar o meu mestrado onde realmente eu queria estar e trabalhar o meu estudo.

Primeiramente, agradeço a Deus por dar força e coragem para enfrentar os desafios que surgiram no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço ainda ao meu irmão, Cristiano, que deu apoio e suporte enquanto estive aqui. Obrigado por tudo.

Agradeço à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pela oportunidade de realização do curso de mestrado. Também à Edilene Foletto que sempre muito gentil tirando todas as minhas dúvidas quando solicitada.

Agradeço ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP, por colocar à disposição a área experimental e o laboratório saúde da mulher para minha pesquisa. De maneira distinta, estendo meu agradecimento à Enfermeira Maria Antonieta Spinoso Prado.

Ao longo da minha pesquisa de mestrado, a orientação e acompanhamento da Prof.^a Dr.^a Marislei Sanches Panobianco foi imprescindível.

Aos professores da banca examinadora do exame de qualificação, em especial Prof. Dr. André Moreno, pela contribuição e participação.

Quero agradecer também a todas as mulheres que se colocaram à disposição para fazer parte da minha pesquisa, sem elas meu estudo não seria possível. Obrigado pela companhia e risos.

À Prof.^a Dr.^a Aldáisa Forster, pelos conselhos e conversas no refeitório do mosteiro Vita et Pax.

Ao Prof. Dr. Eleonardo Rodrigues, incentivou-me a vir para Ribeirão Preto para fazer o mestrado, manifesto minha gratidão pelo reconhecimento do meu esforço.

Quando pedi a Deus um bom lugar para morar, ele me deu. Por isso, também quero agradecer às irmãs Beneditinas (Mosteiro Vita et Pax). Serei para sempre muito grata, pois não tenho palavras para expressar tamanha gratidão. Em particular, quero agradecer à Madre Maura, Irmã Ana Maria (cuidou como uma mãe cuida de uma filha) e Irmã Marina pelo acolhimento e cuidado desde minha chegada ao mosteiro. Por todo suporte que, sem dúvida, foi imprescindível para eu poder ter o conforto do meu descanso e continuar meus estudos. Vou levá-las para sempre em meu coração, obrigada.

Por todos os que apoiaram dando força, conselhos e incentivo neste período do mestrado, gratidão. Vocês foram importantes ao longo do processo para que ele se tornasse mais leve.

Muito obrigada a todos!

Agradecimento Especial

“O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) Código de Financiamento 001.”

“Trabalhar na área da saúde é um princípio: permite ser útil à sociedade com toda a força e conhecimento que se tem. Este serviço à sociedade deve ser consequência da vocação e do compromisso ao graduar-se”

Jacinto Convit

RESUMO

SANTANA-CRUZ, C. **Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/associados pela pandemia de Covid-19 em mulheres com câncer de mama.** 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Mulheres com câncer de mama, sobretudo na fase do diagnóstico e dos tratamentos, tendem a apresentar níveis superiores de ansiedade e depressão e níveis inferiores de qualidade de vida, que podem ter sido agravados durante a pandemia de Covid-19, a qual exacerbou, muitas vezes, os problemas de saúde mental, da população em geral. O **objetivo** deste estudo quantitativo, de corte transversal, foi avaliar os níveis dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/associados pela pandemia de Covid-19 em mulheres com câncer de mama. **Material e Método:** Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados aconteceu entre setembro e dezembro de 2022, em um núcleo de reabilitação de mastectomizadas de uma instituição de ensino superior do interior de São Paulo e participaram 47 mulheres. Elas responderam a um questionário sociodemográfico e clínico (dados retirados dos prontuários), e aos instrumentos para avaliação dos sintomas de ansiedade [Escala de Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7)] e de transtornos depressivos [Questionário sobre Saúde do Paciente (PHQ-9)], além do Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)]. Os dados foram armazenados em uma planilha no Microsoft Excel com dupla digitação e foram processadas no software IBM® SPSS® Statistics versão 25 para a análise das variáveis do estudo. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, análise de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis. Para análise de associação entre as variáveis de classificação da severidade dos sintomas de ansiedade (escala GAD-7: sem sintomas, leve, moderada e grave) e de depressão (escala PHQ-9: sem sintomas, depressão mínima, leve, moderada, moderadamente grave e grave), a avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref) e as variáveis sociodemográficas, clínicas (uso de antidepressivo, diagnóstico e tratamento de ansiedade, comorbidades, se teve Covid-19 ou algum conhecido seu teve essa doença, se teve medo de morrer ou de parentes seus morrerem devido à Covid-19), utilizou-se o Teste Exato de Fisher, considerando o coeficiente de significância $p < 0,05$. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise exploratória multivariada de componentes principais. Os procedimentos estatísticos foram conduzidos no software R (R Core Team, 2022). **Resultados:** A maioria das participantes tinha mais de 50 anos, eram casadas, aposentadas ou exercia atividades domésticas e tinha menor grau de escolaridade. Apresentavam diversas comorbidades, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica. Entre os fatores que mais influenciaram diretamente em seus níveis de ansiedade e depressão, observou-se que o medo de o parente morrer (-0,51) e o diagnóstico de Covid-19, descrito nesse estudo como “teve Covid-19” (-0,49), associado ao medo de morrer (-0,43) agravaram os níveis de ansiedade e depressão, o que refletiu negativamente na qualidade de vida dessas participantes. **Conclusão:** Os testes estatísticos robustos conduzidos a partir da

análise multivariada dos dados demonstraram que, entre as participantes, os sintomas de ansiedade e depressão foram potencializados pela pandemia de Covid-19.

Palavras-chave: Ansiedade. Câncer de Mama. Depressão. Pandemia. Qualidade de vida.

ABSTRACT

SANTANA-CRUZ, C. **Evaluation of anxiety and depression symptoms caused/associated with the Covid-19 pandemic in women with breast cancer.** 2024. Dissertation (Master's in Public Health) - Ribeirão Preto College of Nursing University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Women with breast cancer, especially during the diagnosis and treatment phase, tend to have higher levels of anxiety and depression and lower levels of quality of life, which may have been exacerbated during the Covid-19 pandemic, which has often exacerbated the mental health problems of the general population. The aim of this quantitative, cross-sectional study was to assess the levels of anxiety and depression symptoms caused/associated with the Covid-19 pandemic in women with breast cancer. Material and Method: After approval by the Research Ethics Committee, data collection took place between September and December 2022, at a mastectomy rehabilitation center of a higher education institution in the interior of São Paulo and 47 women participated. They answered a sociodemographic and clinical questionnaire (data taken from medical records), and instruments for assessing symptoms of anxiety [General Anxiety Disorder Scale (GAD-7)] and depressive disorders [Patient Health Questionnaire (PHQ-9)], as well as the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-bref)]. The data was stored in a Microsoft Excel spreadsheet with double entry and processed in IBM® SPSS® Statistics software version 25 to analyze the study variables. Descriptive analyses were carried out on simple frequency for nominal or categorical variables, central tendency analysis (mean and median) and dispersion (standard deviation, minimum and maximum values) for the variables. To analyze the association between the variables for classifying the severity of anxiety symptoms (GAD-7 scale: no symptoms, mild, moderate and severe) and depression (PHQ-9 scale: no symptoms, minimal depression, mild, moderate, moderately severe and severe), the assessment of quality of life (WHOQOL-bref) and the sociodemographic, clinical variables (use of antidepressants, diagnosis and treatment of anxiety, comorbidities, whether you had Covid-19 or any of your acquaintances had this disease, whether you were afraid of dying or of your relatives dying due to Covid-19), Fisher's Exact Test was used, considering the significance coefficient $p < 0.05$. The data were then subjected to exploratory multivariate principal component analysis. The statistical procedures were carried out using R software (R Core Team, 2022). Results: Most of the participants were over 50 years old, married, retired or engaged in domestic activities and had a lower level of education. They had various comorbidities, especially systemic arterial hypertension. Among the factors that most directly influenced their levels of anxiety and depression, it was observed that the fear of the relative dying (-0.51) and the diagnosis of Covid-19, described in this study as "had Covid-19" (-0.49), associated with the fear of dying (-0.43) aggravated the levels of anxiety and depression, which reflected negatively on the quality of life of these participants. Conclusion: The robust statistical tests conducted from the multivariate analysis of the data showed that, among the participants, symptoms of anxiety and depression were potentiated by the Covid-19 pandemic.

Keywords: Anxiety. Breast Cancer. Depression. Pandemic. Quality of life.

RESUMEN

SANTANA-CRUZ, C. **Evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión causados/asociados a la pandemia de Covid-19 en mujeres con cáncer de mama.** 2024. Disertación (Maestría em Salud Publica) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Las mujeres con cáncer de mama, especialmente durante la fase de diagnóstico y tratamiento, tienden a presentar niveles más altos de ansiedad y depresión y niveles más bajos de calidad de vida, que pueden haberse visto exacerbados durante la pandemia de Covid-19, que a menudo ha agravado los problemas de salud mental de la población general. El objetivo de este estudio cuantitativo y transversal fue evaluar los niveles de síntomas de ansiedad y depresión causados/asociados a la pandemia de Covid-19 en mujeres con cáncer de mama. Material y Método: Después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación, la colecta de datos se realizó entre septiembre y diciembre de 2022 en un centro de rehabilitación de mastectomías de una institución de enseñanza superior del interior de São Paulo. Participaron 47 mujeres. Respondieron a un cuestionario sociodemográfico y clínico (datos extraídos de las historias clínicas), y a instrumentos de evaluación de síntomas de ansiedad [Escala de Trastorno de Ansiedad General (TAG-7)] y trastornos depresivos [Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)], así como al Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-bref)]. Los datos se almacenaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel con doble entrada y se procesaron en el software IBM® SPSS® Statistics versión 25 para analizar las variables del estudio. Se realizaron análisis descriptivos de frecuencia simple para las variables nominales o categóricas, así como análisis de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, valores mínimos y máximos) para las variables. Para analizar la asociación entre las variables que clasifican la gravedad de los síntomas de ansiedad (escala GAD-7: sin síntomas, leve, moderada y grave) y depresión (escala PHQ-9: ningún síntoma, depresión mínima, leve, moderada, moderadamente grave y grave), la valoración de la calidad de vida (WHOQOL-bref) y las variables sociodemográficas, clínicas (uso de antidepresivos, diagnóstico y tratamiento de la ansiedad, comorbilidades, si tenía Covid-19 o alguno de sus conocidos tenía esta enfermedad, si tenía miedo a morir o a que sus familiares murieran debido a Covid-19), se utilizó el Test Exacto de Fisher, considerando el coeficiente de significación $p < 0,05$. A continuación, los datos se sometieron a un análisis exploratorio multivariante de componentes principales. Los procedimientos estadísticos se llevaron a cabo utilizando el software R (R Core Team, 2022). Resultados: La mayoría de los participantes tenían más de 50 años, estaban casados, jubilados o se dedicaban a actividades domésticas y tenían un nivel educativo inferior. Presentaban diversas comorbilidades, en particular hipertensión arterial sistémica. Entre los factores que más directamente influían en sus niveles de ansiedad y depresión, se observó que el miedo a que el familiar muriera (-0,51) y el diagnóstico de Covid-19, descrito en este estudio como "tenía Covid-19" (- 0,49), asociado al miedo a morir (-0,43) agravaban los niveles de ansiedad y depresión, lo que se reflejaba negativamente en la calidad de vida de estos participantes. Conclusión: Las sólidas pruebas estadísticas realizadas a partir del análisis multivariante de los datos mostraron que, entre los participantes, los síntomas de ansiedad y depresión se vieron potenciados por la pandemia de Covid-19.

Palabras clave: Ansiedad. Cáncer de mama. Depresión. Pandemia. Calidad de vida.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição das características sociodemográficas das mulheres com câncer de mama (n=46) segundo idade, naturalidade, estado civil, grau de escolaridade e ocupação. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024.....37
- Tabela 2** - Distribuição de frequência das comorbidades em uma amostra de mulheres com câncer de mama (n=46). Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024.....38
- Tabela 3** - Distribuição das mulheres com câncer de mama segundo o uso de medicamentos antidepressivos; diagnóstico de ansiedade; tratamento de ansiedade/depressão (n=46). Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024.....40
- Tabela 4** - Distribuição das características clínicas das mulheres com câncer de mama (n=46) segundo as perguntas relacionadas à Covid-19. Ribeirão Preto- SP, Brasil, 202441
- Tabela 5** - Mulheres com câncer de mama (n=46) conforme a severidade dos sintomas de ansiedade avaliada pela Escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7) e dos sintomas de depressão identificados pelo Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9). Ribeirão Preto–SP, Brasil, 2024.....42
- Tabela 6** - Classificação da severidade dos sintomas de ansiedade avaliada pela Escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7) e variáveis de características sociodemográficas e clínicas de mulheres com câncer de mama (n=46). Ribeirão Preto-SP, Brasil, 202443
- Tabela 7** - Classificação dos sintomas de depressão avaliada pelo Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9) e variáveis de características sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama (n=46). Ribeirão Preto-SP, Brasil, 202444
- Tabela 8** - Cruzamento entre as mulheres que tem ansiedade com as mulheres que tem depressão, (n=46). Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024. Teste exato de Fisher $p < 0,001$46
- Tabela 9** - Percepção da qualidade de vida por ocupação segundo a escala WHOQOL-bref n=46. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 202446
- Tabela 10** - Classificação da satisfação com a saúde e domínios do WHOQOL-bref para amostra total n=46. Ribeirão Preto-SP, 202447
- Tabela 11** - Classificação do WOQOL-bref para o domínio físico n=46. Ribeirão Preto-SP, 2024.....49
- Tabela 12** - Avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref) e da gravidade dos sintomas de depressão (PHQ-9) n=46. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024.....53
- Tabela 13** - Correlação entre os parâmetros e os dois primeiros componentes principais (CP1-CP2).....55

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Gráfico biplot contendo as projeções dos dados sociodemográficos, indicadores e escalas de transtorno geral de ansiedade e transtornos depressivos e dispersões referente as mulheres entrevistadas55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAAE** - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CID** - Classificação Internacional de Doenças
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- DP** – Desvio padrão
- DSM-IV** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- EERP-USP** - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
- ESPII** - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
- GAD-7** - Escala de Transtorno Geral de Ansiedade
- HAS** - Hipertensão arterial sistêmica
- IARC** - Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
- IBM** - International Business Machines
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde **PHQ-9** - Questionário sobre Saúde do Paciente **PNI/MS** - Programa Nacional de Imunizações
- p-valor** - Resultado do Teste Qui-Quadrado e/ou Teste Exato de Fisher **REMA** – Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas
- SBM** - Sociedade Brasileira de Mastologia
- SM** - Saúde Mental
- SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences **TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **USP** - Universidade de São Paulo
- WHOQOL-bref** – Questionário de Qualidade de Vida (versão abreviada do WHOQOL-100)

SUMÁRIO

1. 20INTRODUÇÃO	19
2. OBEJTIVO	28
3. MATERIAL E MÉTODOS	30
3.1 Tipo de estudo.....	30
3.2 Local de estudo	30
3.3 Recrutamento das participantes.....	31
3.4 Critérios de elegibilidade	31
3.5 Procedimento de coleta de dados	31
3.6 Instrumentos de coleta de dados	32
3.6.1 Questionário sociodemográfico e clínico	32
3.6.2 Escala de Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7).....	32
3.6.3 Questionário sobre Saúde do Paciente (PHQ-9).....	32
3.6.4 Instrumento para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref)	33
3.7 Processamento e análise de dados	34
3.8 Aspectos éticos	34
3.8.1 Riscos e benefícios do estudo.....	35
4. RESULTADOS	37
4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das participantes	37
4.2 Classificação da severidade dos sintomas de ansiedade e de depressão associados as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	41
4.3 Cruzamento da percepção da qualidade de vida com dados sociodemográficos clínicos e domínios	46
4.4 Relações de interdependências entre os dados sociodemográficos, clínicos, WHOQ, PHQ-9 e GAD-7	54
5. DISCUSSÃO	58
6. CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	70
ANEXOS	74

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 iniciou-se em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China. Os primeiros casos foram associados a um mercado de frutos-do-mar e animais vivos na cidade. O vírus responsável pela doença foi identificado como uma nova cepa de coronavírus, denominado SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome) (Heymann; Shindo, 2020). No Brasil, o primeiro registro referente à Covid-19 aconteceu em fevereiro de 2020, dois meses após o surgimento do primeiro caso em Wuhan (Sodré, 2020). Devido à situação introduzida pelo novo SARS-CoV-2, em 2020, precisamente em janeiro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência em saúde pública por se tratar de uma calamidade com interesse internacional (Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2020).

A Covid-19 foi reconhecida como uma Pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 (Ornell *et al.*, 2020). No entanto, embora tenha sido caracterizada como uma pandemia, em 5 de maio de 2023, a OMS anunciou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à Covid-19, deixando de ser uma ameaça à saúde (OPAS/OMS, 2023). Atualmente, conforme a OMS, espera acabar com a emergência global da Covid-19 até o final de 2023. No entanto, os esforços para divulgar a ciência e promover a prevenção ainda precisam ser aumentados (ONU, 2023).

Registros de março de 2024 mostram que o Brasil possui 38.694.221 casos confirmados de Covid-19, com 710.966 óbitos (Brasil, 2024). Os estados brasileiros com mais casos confirmados e mortes são respectivamente: São Paulo (6.770.951; 182.352), Minas Gerais (4.243.081; 66.167), Rio Grande do Sul (3.094.151; 42.674) Paraná (2.984.344; 46.808) e Rio de Janeiro (2.897.134; 77.814) (Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2024).

Dados atualizados para a cidade de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo (onde este estudo foi realizado), cuja população atual é de 699.238 pessoas, apontam 107.942 casos e 3.570 óbitos (São Paulo, 2024). Faixas etárias mais acometidas por óbitos em Ribeirão Preto no ano de 2023 são de 70 a 79 anos (22,7%), 80 a 89 anos (21,3,9%) e 60 a 69 anos (21,2%) (São Paulo, 2023).

A infecção por SARS-CoV-2 pode variar de *casos assintomáticos* (ausência

de sintomas) e manifestações clínicas leves como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia (perda do olfato), ageusia (perda do paladar), diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia), até *quadros moderados* (tosse persistente e febre), *graves* (Síndrome Gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto) e *críticos* (sepsis, síndrome do desconforto respiratório agudo, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave) (Brasil, 2021).

Vale lembrar que a pandemia Covid-19 e a síndrome respiratória aguda grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) atingiram proporções alarmantes no mundo pela rápida disseminação dos casos e da mortalidade (Stevanato *et al*, 2021).

Para diminuir a contaminação, e evitar o esgotamento do sistema de saúde, foi necessário tratar das complicações mais graves e prevenir mortes pela doença, foram aplicadas medidas de saúde pública não farmacológicas, como o distanciamento físico, etiqueta respiratória (medidas utilizadas para impedir ou reduzir a propagação de pequenas gotículas provenientes do aparelho respiratório), é essencial lavar as mãos, fazer o uso de máscaras, limpeza adequada e desinfecção ambiental, sobretudo isolar casos suspeitos e confirmados, que ainda se mantêm (Brasil, 2023).

Ademais, desde o início da pandemia, diversas cepas do SARS-CoV-2 foram identificadas globalmente. Nesse sentido, a vacinação desempenhou um papel essencial na erradicação da pandemia de Covid-19, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem mantido esforços contínuos em colaboração com parceiros para a concepção, produção e distribuição de vacinas seguras e eficazes destinadas à população (WHO, 2021).

O período de campanha nacional para vacinação no Brasil iniciou-se em janeiro de 2021, visando potencializar a distribuição de vacinas para o Programa Nacional de Imunizações (PNI/MS) (FIOCRUZ, 2022).

As vacinas contra o coronavírus demonstraram ser um elemento fundamental na redução do número de casos graves e óbitos associados à doença. À medida que a campanha de vacinação progrediu, houve uma notável diminuição nas hospitalizações e fatalidades decorrentes da Covid-19 em várias faixas etárias (Brasil, 2021). Além disso, verificou-se que as vacinas apresentaram eficácia no controle dos sintomas da Covid-19, com uma diminuição notável em sintomas como coriza, cefaleia, espirros, dor de garganta e tosse persistente após a administração das duas doses (ZOE Covid Study, 2021).

A imunização contra a Covid-19 desempenha, portanto, um papel de vital importância na redução da propagação do vírus e na salvaguarda da saúde pública. Embora a eficácia das vacinas possa variar em resposta a diferentes variantes do vírus, de forma geral, elas demonstraram uma notável eficácia na prevenção de casos graves e óbitos, mesmo frente a variantes emergentes (OPAS, 2021).

Determinados estratos sociais estão associados a um maior risco de desenvolver complicações graves em caso de infecção pelo vírus coronavírus. Aqueles em idade avançada e portadores de doenças pré-existentes, tais como diabetes, enfermidades cardiovasculares e outras, exemplificam tal cenário (Huang *et al.*, 2020).

De maneira análoga, indivíduos idosos e aqueles com condições médicas subjacentes, tais como câncer, distúrbios cardiovasculares, diabete mellitus, lesão renal aguda, obesidade severa, doença hepática e imunossupressão, essas pessoas não só têm maior probabilidade de morrer, como também têm probabilidade de desenvolver sintomas graves de Covid-19 (Zhang *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2020). Importa observar, entretanto, que o agravamento da doença não se restringe a determinadas faixas etárias ou à presença de patologias prévias (Huang *et al.*, 2020).

Em relação ao câncer, a literatura relaciona a doença com o envelhecimento da população, sendo as pessoas de maiores idades mais vulneráveis a desenvolver algum tipo de câncer devido ao seu fator de risco (Demarest *et al.*, 2019). Em pesquisas que analisavam o perfil epidemiológico de pacientes oncológicos acometidos pelo coronavírus, tal associação se mostrou presente, sendo a doença um fator de risco para o desenvolvimento da forma grave da Covid-19 (Dantas Ferreira *et al.*, 2020).

Logo no início da pandemia, estudos associavam maior taxa de mortalidade

em pacientes infectados pelo coronavírus que estavam em tratamento para algum tipo de câncer (Liang *et al.*, 2020). Além de características demográficas, comorbidades pré-existentes e tabagismo, a pessoa com câncer, principalmente aquelas ainda em tratamento, tinha maior chance de hospitalização e risco de morte (Sung *et al.*, 2021). Devido ao tratamento e seus efeitos adversos, os pacientes com câncer apresentam maior risco de infecção, por terem o sistema imune mais enfraquecido (Ganatra; Hammond; Nohria, 2020).

Assim, como o câncer está entre as doenças mais prevalentes no mundo, a preocupação com os riscos causados pela Covid-19 nesses pacientes aumentou e colocou a saúde pública em atenção para o alto impacto que a pandemia poderia causar (Kawahara *et al.*, 2020).

Entre os principais tipos de câncer, destaca-se o de mama feminina, que, segundo estatísticas divulgadas pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), em 2021, passou a ser o mais incidente no mundo, com 2,3 milhões (11,7%) de casos novos (OMS, 2023).

Em 2020, foram diagnosticados 2,3 milhões de novos casos e registraram-se quase 685.000 mortes por câncer de mama, sendo que este câncer foi também a causa mais comum de morte por câncer em mulheres e a quinta causa mais comum de morte por câncer em geral (Brasil, 2022; OMS, 2023).

No Brasil, as estimativas para 2018 e 2019 indicavam 59.700 casos novos para cada ano do biênio e a atual estimativa para os anos de 2023-2025 é de 74.000 casos novos (Brasil, 2022).

As mulheres acometidas por essa doença apresenta certa deficiência imunológica, tornando-as mais vulneráveis a contraírem doenças, incluindo a Covid-19 (Faria *et al.*, 2020). Com isso, desde o início da pandemia, órgãos de cuidados especializados como a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) alertaram e orientaram as mulheres a adotar, além dos cuidados já apresentados para a população em geral (distanciamento social, evitar contato físico, lavagem correta das mãos, higienizá-las com álcool gel 70%, entre outros), outros incluindo manter boa alimentação, ter uma boa noite de sono, prática de exercícios, manter o peso adequado, evitar o estresse, não entrar em pânico e não consumir bebidas alcoólicas (SBM, 2020).

Sabendo-se que a taxa de sobrevivência caracteriza-se como um indicador prognóstico relevante (Chen *et al.*, 2023), é interessante notar que, embora o câncer

de mama seja o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, o número de sobreviventes está aumentando (INCA, 2022).

No entanto, nosso trabalho com mulheres com câncer de mama nos mostra que, ainda assim, o aumento da sobrevivência não isenta as pacientes das consequências negativas da doença e dos tratamentos. Entre os mais utilizados, isoladamente ou em conjunto, encontra-se a cirurgia de retirada total ou parcial da mama, a quimioterapia e a radioterapia, e apesar de seus benefícios, são longos e agressivos, apresentando graves efeitos adversos. Assim, a quimioterapia e a radioterapia podem levar à menopausa precoce, à queda de cabelos e pelos do corpo, náuseas, vômitos, entre outros. Já a mastectomia total ou parcial pode provocar, além de diminuição da amplitude de movimentos de braço e ombro do lado operado, linfedema, alteração de sensibilidade, entre outros. Ademais, toda essa transformação física pode levar a graves consequências emocionais e psicossociais.

Ainda nessa direção, outra informação relevante consta no relatório mundial de saúde mental, afirmando que a ciência psicológica mostrou que certos tipos de perturbações mentais e comportamentais, como a ansiedade e a depressão, podem ocorrer em consequência da incapacidade de adaptação a um acontecimento vital gerador de estresse (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2001), como a pandemia de Covid-19.

Dessa forma, em meio à pandemia de Covid-19 e às medidas de distanciamento social, com a necessidade de um maior autocuidado, cuidado com pessoas com as quais se convive, entre tantas outras adaptações à nova situação, preocuparam-nos as mulheres com câncer de mama, que além de lidarem com uma doença grave e estigmatizante, que pode trazer tantas consequências sérias, tiveram que ficar isoladas e conviver com o receio de se contaminar com o coronavírus e agravar sua situação de saúde (física e emocional), já fragilizada devido ao câncer.

Nesse sentido, estudo aponta que pacientes em tratamento oncológico tiveram dificuldade em dar continuidade aos atendimentos devido ao medo da contaminação com a Covid-19, e por possuírem riscos mais elevados para o desenvolvimento da doença em sua forma mais severa (Stevanato *et al*, 2021).

A pandemia de Covid-19 provocou, assim, atraso nos tratamentos oncológicos de pacientes com câncer de mama (He *et al.*, 2022). Um dos exemplos disso foi a grande redução na realização de mamografias durante a pandemia, o que pode afetar diretamente o número de rastreamentos iniciais da doença e de tratamentos precoces em mulheres com câncer de mama em estágio inicial (Freer, 2021).

Vale citar outra pesquisa, a qual constatou que na pandemia, mulheres com câncer de mama experienciaram momentos de medo, vulnerabilidades e quadros de ansiedade, enfrentaram a realidade de tomadas de decisão sobre aderir ou não ao tratamento e dependeram dos recursos assistenciais disponíveis (Monteiro *et al.*, 2021).

Esse grupo de pacientes estava, portanto, mais propenso a desenvolver sintomas e distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão, durante a pandemia (He *et al.*, 2022).

Nessa direção, o impacto à saúde mental causado pelas epidemias, desastres naturais e guerras é reconhecido como um fator fundamental para as práticas de cuidado. E dentro do contexto da pandemia Covid-19 associada ao distanciamento, houve tendência a provocar ou agravar o sofrimento prolongado e, conseqüentemente, os problemas de saúde mental, em especial a depressão e a ansiedade (Noal; Passos; Freitas, 2020).

A ansiedade pode ser compreendida como uma expressão normal de um estado afetivo, é uma emoção (APA, 2023). Ainda, segundo a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS) – CID 11, a ansiedade é descrita como um estado de apreensão ou antecipação de perigos, ou eventos futuros desfavoráveis, caracterizado com um sentimento de preocupação, desconforto ou sintomas somáticos de tensão (Frota *et al.*, 2022).

Quanto aos sintomas, normalmente eles variam de pessoa para pessoa, mas existem vários sintomas comumente relatados, como taquicardia, sudorese, aperto no peito, medo intenso e preocupação excessiva, podendo ser desencadeados por

diversas causas, como uma perda por morte ou separação, doença na família, crise conjugal (Coelho *et al.*, 2022). Entretanto, os sintomas físicos, como dor de cabeça, dor na barriga, dor nas pernas, alteração nos padrões de sono e apetite, também estão presentes (Brasil, 2022).

Já a depressão é uma condição de saúde mental que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, caracterizada por uma combinação de sintomas emocionais, cognitivos e físicos, que podem variar de leve a grave (Brasil, 2023). Os sintomas comuns da depressão incluem humor deprimido, perda de interesse e prazer nas atividades, fadiga, alterações no apetite e no sono, sentimentos de desesperança, dificuldade de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (OPAS, 2023).

Além dos sintomas emocionais, a depressão pode ocasionar sintomas cognitivos, como dificuldade de concentração, falta de memória e diminuição da capacidade de tomar decisões (Powell *et al.*, 2008).

Todos esses sintomas podem impactar de forma negativa na vida do indivíduo e variar em intensidade e duração (Furlanetto; Brasil, 2006; Rufino *et al.*, 2018).

Dessa forma, o contexto de pandemia é considerado uma emergência sanitária, diante do cenário de desgaste emocional causado pelo mesmo. É necessário manter regulação emocional para melhor compreender o momento vivido e buscar diminuir o impacto trazido pela pandemia (Oliveira *et al.*, 2020). No cenário de um caos mundial provocado pela Covid-19, convém salientar ainda que devido ao rápido avanço da doença e ao excesso de informações disponíveis, algumas vezes discordantes, o ambiente tornou-se favorável para alterações comportamentais impulsionadoras de adoecimento psicológico e graves consequências na Saúde Mental (SM) do indivíduo (Pereira *et al.*, 2020).

De acordo com Villar *et al.* (2017), quase 50% dos pacientes com cânceres sofrem de comorbidades psicopatológicas, entre as quais a ansiedade e a depressão são geralmente consideradas as mais importantes. No câncer de mama, mais de um terço das pacientes podem sofrer de distúrbios psicopatológicos, sobretudo na fase do diagnóstico e dos tratamentos, com tendência a apresentar níveis superiores de ansiedade, depressão e níveis inferiores de qualidade de vida (Brandão; Matos, 2015), os quais, devido à pandemia possa estar associado às medidas de distanciamento social e ao medo de contrair o coronavírus.

Assim, interligando a pandemia de Covid-19, as mulheres com câncer de

mama e os problemas que tudo isso pode acarretar, tendo como exemplo as comorbidades de sintomas de ansiedade e depressão, autores comentam que é importante promover programas de psicoeducação ao longo e após o período de quarentena para mitigar os impactos psicológicos do distanciamento e confinamento infligidos, e tratamento psicológico dos grupos afetados pela quarentena e distanciamentos prolongados (Zwielewski *et al.*, 2020), os quais podem prejudicar sua qualidade de vida (QV).

Desse modo, o contexto de pandemia foi considerado uma emergência sanitária, diante do cenário de desgaste emocional causado pelo mesmo, sendo necessário manter o emocional para melhor compreender o momento vivido e buscar diminuir o impacto trazido pela pandemia (Oliveira *et al.*, 2020). Com o cenário mundial do caos provocado pela Covid-19, convém salientar ainda que devido ao rápido avanço da doença e ao excesso de informações, algumas vezes discordantes, o ambiente tornou-se favorável para alterações comportamentais impulsionadoras visivelmente de pânico e adoecimento psicológico que trouxeram graves consequências na saúde mental do indivíduo (Gomes; Silva; Barbosa, 2021).

Logo, entendemos que mulheres com câncer de mama, em confinamento, poderiam ter adquirido ou intensificado sintomas de ansiedade e/ou depressão, e assim surgiu a proposta deste estudo.

2. Objetivo

2. OBJETIVO

Avaliar os níveis dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/associados pela pandemia de Covid-19 em mulheres com câncer de mama.

3. Material e Métodos

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, quantitativo, que utilizou questionários com respostas de múltipla escolha. Este tipo de estudo é realizado em um curto período, em um determinado momento (Aragão, 2011). Foram aplicadas técnicas estatísticas adequadas para compreensão dos dados (Santino Bizarrias; Ferreira da Silva; Penha, 2023).

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no REMA – Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Esse núcleo oferece programas destinados à reabilitação emocional, física, espiritual e social de mulheres mastectomizadas, por meio de uma assistência integral; para isso, conta com uma equipe multiprofissional, composta pela enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional. Os atendimentos acontecem às segundas, quartas e sextas-feiras, das 07:30 às 12:00 horas, no Laboratório Saúde da Mulher da EERP/USP.

Devido à pandemia Covid-19, as atividades presenciais foram suspensas em 18 de março de 2020, para manter o distanciamento social preconizado pelos órgãos sanitários públicos, e retomadas mediante comunicado da reitoria da USP, sempre mantendo todos os cuidados preconizados para evitar a transmissão do coronavírus.

Nesse período de pandemia, as atividades tiveram o auxílio das mídias sociais (formação de um grupo do WhatsApp das mulheres assistidas no REMA) e plataforma Google Meet. Esse meio foi utilizado uma vez por semana para a realização do grupo verbal, cujo espaço foi utilizado para o momento em que as mulheres puderam compartilhar seus medos, tirar dúvidas, receber informações e orientações acerca do câncer no cenário pandêmico vivenciado naquele momento.

A realização dos exercícios para a reabilitação física pós-cirurgia por câncer de mama aconteceu uma vez por semana, com a transmissão ao vivo dos exercícios

físicos, via Facebook. Para as mulheres que não conseguiram acompanhar a transmissão ao vivo, os vídeos foram disponibilizados no canal do REMA no YouTube, permitindo acesso em momentos oportunos de suas rotinas em horários ou dias da semana diferentes. Somente a partir de 06 de junho de 2022, todas as atividades retornaram presencialmente.

3.3 Recrutamento das participantes

Foi solicitada à coordenação do núcleo a permissão para realizar o convite às mulheres em reabilitação do câncer de mama para participar do estudo, sendo que a solicitação foi analisada e aprovada. A pesquisadora utilizou o grupo verbal para fazer o convite às mulheres, explicando os objetivos da pesquisa e os critérios de inclusão no estudo. A abordagem e o convite ocorreram de forma presencial, nos dias e horários de atendimento do serviço.

3.4 Critérios de elegibilidade

Foram critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, com diagnóstico de câncer de mama, que frequentassem o núcleo de reabilitação. Já os critérios de exclusão contemplaram mulheres não alfabetizadas, pois precisariam responder aos instrumentos necessários à coleta de dados.

Desta forma, a amostragem se deu por conveniência, e foram convidadas a participar 47 mulheres, sendo que uma foi excluída por se encontrar em atendimento psiquiátrico e psicológico. A amostra final foi composta por 46 mulheres.

3.5 Procedimento de coleta de dados

Após o aceite ao convite para participar da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), foi iniciada a coleta de dados, que aconteceu no período de setembro a dezembro de 2022. O preenchimento do questionário sociodemográfico e clínico (retirados dos prontuários), e dos instrumentos para avaliação dos sintomas de ansiedade [Escala de Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7)] e de transtornos depressivos [Questionário sobre Saúde do Paciente (PHQ-9)] e Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) foi realizado pela pesquisadora, mediante as respostas das

participantes, e essa etapa teve duração média de 45 minutos. Esta etapa foi realizada em sala reservada no local do estudo, com ambiente preservando a privacidade da participante e da pesquisadora

3.6 Instrumentos de coleta de dados

3.6.1 Questionário sociodemográfico e clínico

Foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico contendo as variáveis de investigação como: idade, estado civil, grau de escolaridade, ocupação, uso de medicamentos antidepressivos, comorbidades, com quem a mulher vive atualmente, se a mulher ou algum conhecido seu teve Covid-19, medo de morrer pela Covid-19, medo de os parentes morrerem pela Covid-19 (Apêndice B).

3.6.2 Escala de Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7)

Instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento de ansiedade, elaborado por Spitzer *et al.* (2006) e validado por Kroenke *et al.* (2007), de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). A tradução para a língua portuguesa foi feita por Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY), com registro de evidência de validade no Brasil. É composta por sete itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 21, ao medir frequência de sinais e sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Considera-se indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade, valor igual ou maior que 10 (Bergerot; Laros; Araujo, 2014) (ANEXO A).

3.6.3 Questionário sobre Saúde do Paciente (PHQ-9)

Instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento de transtorno depressivo, de acordo com os critérios do DSM-IV. A evidência de validade foi verificada por Spitzer *et al.* (1999) e por Kroenke *et al.* (2001) e a tradução para a língua portuguesa foi veiculada pela Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY). No Brasil, De Lima Osório *et al.* (2009) constataram a evidência de validação. O instrumento reúne nove itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0

(nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. Estima-se, como indicador positivo de depressão maior, valor maior ou igual a 10 (Bergerot; Laros; Araujo, 2014) (ANEXO B).

3.6.4 Instrumento para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref)

Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, que conservassem as características psicométricas, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS - Organização Mundial da Saúde desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, constando 26 questões, onde as perguntas de número 1 e 2 são referentes a qualidade de vida geral, com respostas de uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Diferente do WHOQOL-100, em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref, o instrumento é composto de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, onde cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Salienta-se ainda que é necessário recodificar o valor das questões 3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) deste instrumento. Cada faceta é só somar os valores da entrevista (de 1 a 5) e dividir pelo número de participantes e fazer uma média em que o resultado vai ser de 1 até 5. Para calcular o *domínio físico* é só somar os valores das facetas e dividir por 7. $(q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)/7$. Para calcular o *domínio psicológico* é só somar os valores das facetas e dividir por 6. $(q5, q6, q7, q11, q19, q26)/6$. Para calcular o *domínio relações sociais* é só somar os valores das facetas e dividir por 3. $(q20, q21, q22)/3$. Para calcular o *domínio meio ambiente* é só somar os valores das facetas e dividir por 8. $(q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)/8$. A versão em português do instrumento mostrou características satisfatórias quanto à consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e confiabilidade teste-reteste (Fleck, 2000). Este instrumento pode ser utilizado tanto para indivíduos saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas (Kluthcovsky; Kluthcovsky, 2010) (ANEXO C).

3.7 Processamento e análise de dados

As informações coletadas foram armazenadas em uma planilha no Microsoft Excel com dupla digitação para organização, tabulação e análise dos dados, para posterior validação e conferência dos mesmos. Logo após, foram processadas no software IBM® SPSS® Statistics versão 25, para a análise das variáveis do estudo. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, análise de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis.

Para verificar a associação entre a classificação da severidade dos sintomas de ansiedade (escala GAD-7: sem sintomas, leve, moderada e grave) e de depressão (escala PHQ-9: sem sintomas, depressão mínima, leve, moderada, moderadamente grave e grave), a avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref) e as variáveis sociodemográficas, clínicas (uso de antidepressivo, diagnóstico e tratamento de ansiedade, comorbidades, se teve Covid-19 ou algum conhecido seu teve essa doença, se teve medo de morrer ou de parentes seus morrerem devido à Covid-19), utilizou-se o teste exato de Fisher, considerando o coeficiente de significância $p < 0,05$.

Posteriormente, os dados foram submetidos à análise exploratória multivariada de componentes principais. A análise de componentes principais é uma técnica que condensa a informação contida num conjunto de variáveis originais em um conjunto de menor dimensão, composto de novas variáveis latentes, preservando quantidade relevante da informação original. As novas variáveis são os autovetores (componentes principais) gerados por combinações lineares das variáveis originais, construídos com os autovalores da matriz de covariância (Hair *et al.*, 2005).

Foram considerados os componentes principais cujos autovalores foram superiores à unidade, conforme o critério estabelecido por Kaiser (1958). Os coeficientes das funções lineares, que definem os componentes principais, foram utilizados na interpretação de seu significado, usando o sinal e o tamanho relativo dos coeficientes como uma indicação do peso a ser atribuído para cada variável. Somente coeficientes com altos valores foram considerados para a interpretação, usualmente aqueles maiores ou iguais a 0,40 em valor absoluto. Esses procedimentos estatísticos foram conduzidos no software R (R Core Team, 2022).

3.8 Aspectos éticos

Os procedimentos relativos à ética para a pesquisa com seres humanos respeitaram as determinações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Inicialmente, foi obtida autorização do núcleo de reabilitação para a realização do estudo e, posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP- EERP/USP). Os dados foram coletados somente após análise e aprovação do CEP, com o protocolo CAAE: 56092122.5.0000.5393.

As participantes foram devidamente esclarecidas quanto aos objetivos do estudo, procedimentos envolvidos, riscos, seus direitos e cuidados garantidos, sendo-lhes assegurado que, independentemente de sua participação, seu tratamento de saúde não seria prejudicado. As participantes tomaram ciência do TCLE e receberam uma via assinada do termo, pela pesquisadora.

3.8.1 Riscos e benefícios do estudo

Por se tratar de temas sensíveis ao momento de vida das participantes, incluindo o câncer de mama e a pandemia de Covid-19, riscos relacionados à manifestação emocional estavam previstos. Elas foram informadas, no entanto, que caso necessitassem, seriam acolhidas pela pesquisadora principal, que se responsabilizou em prestar assistência imediata e gratuita. Quanto aos benefícios do estudo, as participantes tiveram a oportunidade de conhecer estratégias para alívio e/ou prevenção dos sintomas de ansiedade e depressão.

4. Resultados

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das participantes

Os dados apontam que mais da metade (52,2%) das mulheres possui 60 anos ou mais. As participantes tinham idade média de 59,6 anos e (DP=9,5), demonstrando uma distribuição relativamente homogênea, com as idades próximas da média. Tendo uma idade mínima de 37 anos e a máxima de 79 anos.

A maioria (84,8%) era natural do Estado de São Paulo e de mulheres casadas (43,5%), seguidas pelas divorciadas/viúvas (32,6%). A maioria possuía ensino médio completo e incompleto (58,7%), e apenas 13% tinham escolaridade superior/pós-graduação. Quanto à ocupação, 37% estavam aposentadas (compreensível, uma vez que mais da metade das pesquisadas tinha 60 anos ou mais). O segundo percentual mais representativo da categoria ocupação foi “do lar” (30,4%).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas das mulheres com câncer de mama (n=46) segundo idade, naturalidade, estado civil, grau de escolaridade e ocupação. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
37 a 49	6	13,0
50 a 59	16	34,8
≥ 60	24	52,2
Naturalidade		
São Paulo	39	84,8
Minas Gerais	2	4,3
Goiás	2	4,3
Rio Grande do Norte	1	2,2
Paraná	1	2,2
Distrito Federal	1	2,2
Estado civil		
Solteira	11	23,9
Casada	20	43,5
Divorciada/viúva	15	32,6
Grau de escolaridade		
Fundamental incompleto/completo	13	28,3
Médio incompleto/completo	27	58,7
Superior/pós-graduação	6	13,0
Ocupação		
Aposentada	17	37,0
Do lar	14	30,4

Atividades domésticas	6	13,0
Empresária/autônoma	2	4,3
Pesquisadora/Professora/Agente organização escolar	4	8,7
Outras	3	6,5

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a caracterização sociodemográfica, iniciou-se a caracterização clínica. Na sequência, é descrito como ocorreu a distribuição das comorbidades entre as mulheres com câncer de mama participantes do presente estudo (Tabela 2).

Quanto às comorbidades, essas aconteciam com 34 (73,9%) mulheres. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) era a comorbidade mais frequente [15 mulheres acometidas (44,1%)], seguida por diabetes [11 acometidas (32,3%), oitodas quais com hipertensão]; a hipercolesterolemia [(acometendo seis mulheres(17,5%), sendo cinco delas também hipertensas); o hipotireoidismo [acometendo três mulheres (8,8%)], a asma (acometendo duas mulheres, sendo uma também hipertensa e diabética); a obesidade e o pré-diabete (cada um deles acometendo uma mulher, sendo ambas também hipertensas), e hipertrigliceridemia (acometendo uma mulher, que também era hipertensa e tinha hipercolesterolemia). Ressalta-se, entre elas, a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica e metabólicas.

Tabela 2. Distribuição de frequência das comorbidades em uma amostra de mulheres com câncer de mama (n=46). Ribeirão Preto–SP, Brasil, 2024.

Variáveis	n	%
Tem comorbidades		
Não	12	26,1
Sim	34	73,9
Quais comorbidades		
Hipertensão/HAS	15	44,1
Hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia	3	8,8
Hipertensão e diabetes	5	14,7
Hipertensão, hipercolesterolemia e triglicerídeos	1	2,9
Hipertensão, diabetes e asma	1	2,9
Hipertensão e hipercolesterolemia	1	2,9
Hipertensão, obesidade e pré-diabetes	1	2,9
Diabetes	2	5,9
Asma	1	2,9
Hipercolesterolemia	1	2,9
Tireoide/Hipotireoidismo	3	8,8

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 3, apresentada na sequência, refere-se aos dados sobre uso de medicamentos antidepressivos, diagnóstico de ansiedade/depressão, tratamento de ansiedade/depressão, tempo de diagnóstico de ansiedade/depressão.

Os dados da Tabela 3 evidenciam que 39,1% das mulheres recorriam ao uso de medicamentos antidepressivos, no entanto, uma porcentagem bem maior (45,7%) apresentava diagnóstico de ansiedade. Esses valores sugerem uma alta prevalência desses problemas de saúde mental na população estudada. Em adição, 38,1% possuíam esse diagnóstico há mais de sete anos, indicando uma condição crônica e supostamente grave.

Em relação aos medicamentos antidepressivos utilizados pelas participantes do estudo, a Tabela 4 apresenta uma série de diferentes medicamentos, no entanto, o mais comumente utilizado por elas é a Sertralina [nove (50%)].

Tabela 3. Distribuição das mulheres com câncer de mama segundo o uso de medicamentos antidepressivos; diagnóstico de ansiedade; tratamento de ansiedade/depressão (n=46). Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024.

Variáveis	n	%
Uso de medicamentos antidepressivos		
Não	28	60,9
Sim	18	39,1
Diagnóstico de ansiedade		
Não	22	47,8
Sim	21	45,7
Não sabe	3	6,5
Tempo de diagnóstico (anos)		
≤ 2	8	38,1
3 a 7	5	23,8
> 7	21	38,1
Tratamento de ansiedade ou depressão		
Não	31	67,4
Sim	15	32,6
Tempo de tratamento (anos)		
< 1,5	5	33,3
1,5 a 5	4	26,7
> 5	6	40,0
Medicamentos antidepressivos		
Paroxetina	1	5,6
Amitriptilina	1	5,6
Fluoxetina	1	5,6
Sertralina	9	50,0
Imipramina	2	11,1
Topiramato	1	5,6
Clonazepam	1	5,6
Maxapran	1	5,6
Desvenlafaxina	1	5,6
Alprazolam	1	20,0
Sertralina	1	20,0
Bupropiona	1	20,0
Venlafaxina	1	20,0
Frontal	1	20,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Em continuidade à caracterização clínica, como o estudo tem o objetivo de avaliar os níveis dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/associados pela pandemia de Covid-19 em mulheres com câncer de mama, continuamos a

investigação, indagando à mulher se ela ou algum conhecido seu teve Covid-19, se durante a pandemia ela teve medo de morrer, se durante a pandemia ela teve medo de os parentes morrerem por causa da Covid-19 (Tabela 4).

Na Tabela 4, observa-se que a maioria das entrevistadas ou algum conhecido (89,1%) teve Covid-19, indicando que a pandemia teve um impacto significativo na população estudada.

Os dados também revelaram que apenas cerca de um terço (30,4%) das entrevistadas referiu ter apresentado medo de morrer devido à Covid-19. Por outro lado, a maioria (67,4%) teve medo de que um parente ou conhecido morresse devido à Covid-19, sugerindo uma preocupação maior com a saúde e o bem-estar de seus familiares e amigos do que com elas próprias.

Tabela 4. Distribuição das características clínicas das mulheres com câncer de mama (n=46) segundo as perguntas relacionadas à Covid-19. Ribeirão Preto–SP, Brasil, 2024.

Variáveis	n	%
Teve Covid-19 ou algum conhecido		
Não	5	10,9
Sim	41	89,1
Medo de morrer		
Não	32	69,6
Sim	14	30,4
Medo de os parentes morrerem		
Não	15	32,6
Sim	31	67,4

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 Classificação da severidade dos sintomas de ansiedade e de depressão associados as variáveis sociodemográficas e clínicas

Continuando com os objetivos propostos de avaliar os níveis de ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama, frente às medidas de prevenção à Covid-19, identificou-se com a aplicação da Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7) que a maioria foi classificada na categoria “Sem sintomas” (32,6%), seguida do nível “Leve” (28,2%). Com o Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9), identificou-se que quase a metade das mulheres foi classificada na categoria de sintomas de “Depressão Leve” (43,5%), seguida da de “Depressão Mínima” (23,9) (Tabela 5)

Tabela 5. Mulheres com câncer de mama (n=46) conforme a severidade dos sintomas de ansiedade avaliada pela Escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7) e dos sintomas de depressão identificados pelo Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9). Ribeirão Preto–SP, Brasil, 2024.

Classificação (pontuação)	n	%
Sintomas de Ansiedade (GAD-7)		
Sem sintomas (0-4)	15	32,6
Leve (5-9)	13	28,2
Moderada (10-14)	9	19,6
Severa (≥15)	9	19,6
Sintomas de Depressão (PHQ-9)		
Sem sintomas (0)	2	4,4
Mínima (1-4)	11	23,9
Leve (5-9)	20	43,5
Moderada (10-14)	6	13,0
Moderadamente grave (15-19)	6	13,0
Grave (20-27)	1	2,2

Fonte: Elaborado pela autora.

As características sociodemográficas das mulheres com câncer de mama (faixa etária, procedência, estado civil, escolaridade, ocupação) e as variáveis clínicas de interesse (uso de antidepressivo, diagnóstico e tratamento de ansiedade, comorbidades e variáveis relacionadas a Covid-19) estão apresentadas na Tabela 6, com a classificação de acordo com a severidade dos sintomas de ansiedade avaliada com a aplicação da Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7) e, na Tabela 7 com a classificação segundo a severidade dos sintomas de depressão do Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9). A aplicação do teste exato de Fisher indicou que na avaliação dos sintomas de ansiedade generalizada (Tabela 6), apenas a variável “Medo de os parentes morrerem” de Covid-19 apresentou diferença significativa entre os que afirmaram não terem medo, pois 60% deles foram classificados na categoria “Sem sintomas” de ansiedade, enquanto entre os que referiram medo, apenas 19,4% estão classificados na mesma categoria e a maioria distribuída entre as categorias leve (25,8%), moderada (29%) e severa (25,8%). Quanto à avaliação da severidade dos sintomas de depressão obtida pela aplicação do Questionário PHQ-9 (Tabela 7), nenhuma das variáveis testadas apresentou diferença significativa.

Tabela 6. Classificação da severidade dos sintomas de ansiedade avaliada pela Escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7) e variáveis de características sociodemográficas e clínicas de mulheres com câncer de mama (n=46). Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024

Variáveis	Severidade dos sintomas de ansiedade (GAD-7)				p*
	Sem sintomas (0-4) n (%)	Leve (5 a 9) n (%)	Moderada (10-14) n (%)	Severa (≥15) n (%)	
Faixa etária (anos)					
37 a 49	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	2 (33,3)	0,276
50 - 59	3 (18,8)	5 (31,3)	5 (31,3)	3 (18,8)	
≥60	11 (45,8)	7 (29,2)	2 (8,3)	4 (16,7)	
Procedência - UF					0,383
São Paulo	14 (35,9)	11 (28,2)	6 (15,4)	8 (20,5)	
Outros estados	1 (14,3)	2 (28,6)	3 (42,9)	1 (14,3)	
Estado civil					0,481
Solteira	4 (36,4)	2 (18,2)	3 (27,3)	2 (18,2)	
Casada	7 (35,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	6 (30,0)	
Divorciada/viúva	4 (26,7)	7 (46,7)	3 (20,0)	1 (6,7)	
Grau de Escolaridade					0,841
Fundamental incompleto/completo	6 (46,2)	4 (30,8)	2 (15,4)	1 (7,7)	
Médio incompleto/completo	7 (25,9)	7 (25,9)	6 (22,2)	7 (25,9)	
Superior incompleto/completo	2 (33,3)	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	
Ocupação					0,639
Aposentada	6 (35,3)	6 (35,3)	1 (5,9)	4 (23,5)	
Do lar	2 (14,3)	4 (28,6)	4 (28,6)	4 (28,6)	
Atividades domésticas	2 (33,3)	1 (16,7)	2 (33,3)	1 (16,7)	
Empresária/autônoma	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Pesquisadora/Professora/Agente organização escolar	3 (75,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	
Outras	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)	
Antidepressivo					
Não	9 (32,1)	8 (28,6)	7 (25,0)	4 (14,3)	
Sim	6 (33,3)	5 (27,8)	2 (11,1)	5 (27,8)	
Diagnóstico de ansiedade					0,376
Não	9 (40,9)	7 (31,8)	4 (18,2)	2 (9,1)	
Sim	6 (28,6)	6 (28,6)	3 (14,3)	6 (28,6)	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Tratamento da ansiedade					0,708
Não	11 (35,5)	8 (25,8)	7 (22,6)	5 (16,1)	
Sim	4 (26,7)	5 (33,3)	2 (13,3)	4 (26,7)	
Comorbidades					0,099
Não	1 (8,3)	6 (50,0)	3 (25,0)	2 (16,7)	
Sim	14 (41,2)	7 (20,6)	6 (17,6)	7 (20,6)	
Teve COVID ou algum conhecido					0,650
Não	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	
Sim	12 (29,3)	12 (29,3)	8 (19,5)	9 (22,0)	
Medo de morrer					0,124
Não	13 (40,6)	10 (31,3)	5 (15,6)	4 (12,5)	
Sim	2 (14,3)	3 (21,4)	4 (28,6)	5 (35,7)	
Medo de os parentes morrerem					0,006
Não	9 (60,0)	5 (33,3)	0 (0,0)	1 (6,7)	

Sim

6 (19,4)

8 (25,8)

9 (29,0)

8 (25,8)

*Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 7. Classificação dos sintomas de depressão avaliada pelo Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9) e variáveis de características sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama (n=46). Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024.

Variáveis	Classificação dos sintomas de depressão –PHQ-9						p*
	A	B	C	D	E	F	
	(0)	(1-4)	(5-9)	(10-14)	(15-19)	(20-27)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Faixa etária (anos)							0,677
37 - 49	0(0,0)	2(33,3)	1(16,7)	2(33,3)	1(16,7)	0(0,0)	
50 - 59	0(0,0)	4(25,0)	7(43,8)	2(12,5)	3(18,8)	0(0,0)	
≥60	2(8,3)	5(20,8)	12(50,0)	2(8,3)	2(8,3)	1(4,2)	
Procedência - UF							0,756
São Paulo	2(5,1)	10(25,6)	15(38,5)	6(15,4)	5(12,8)	1(2,6)	
Outros estados	0(0,0)	1(14,3)	5(71,4)	0(0,0)	1(14,3)	0(0,0)	
Estado civil							0,119
Solteira	0(0,0)	3(27,3)	6(54,5)	2(18,2)	0	0(0,0)	
Casada	2(10,0)	4(20,0)	9(45,0)	0	5(25,0)	0(0,0)	
Divorciada/viúva	0(0,0)	4(26,7)	5(33,3)	4(26,7)	1(6,7)	1(6,7)	
Grau de Escolaridade							0,438
Fundamental incompleto/completo	1(7,7)	2(15,4)	6(46,2)	3(23,1)	1(7,7)	0(0,0)	
Médio incompleto/completo	1(3,7)	7(25,9)	13(48,1)	1(3,7)	4(14,8)	1(3,7)	
Superior incompleto/completo	0(0,0)	2(33,3)	1(16,7)	2(33,3)	1(16,7)	0(0,0)	
Ocupação							0,875
Aposentada	1(5,9)	3(17,6)	9(52,9)	1(5,9)	2(11,8)	1(5,9)	
Do lar	1(7,1)	2(14,3)	5(35,7)	2(14,3)	4(28,6)	0(0,0)	
Atividades domésticas	0(0,0)	1(16,7)	3(50,0)	2(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	
Empresária/autônoma	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Pesquisadora/Professora/Agente organização escolar	0(0,0)	2(50,0)	1(25,0)	1(25,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Outras	0(0,0)	2(66,7)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Antidepressivo							0,765
Não	2(7,1)	8(28,6)	11(39,3)	3(10,7)	3(10,7)	1(3,6)	
Sim	0(0,0)	3(16,7)	9(50,0)	3(16,7)	3(16,7)	0(0,0)	
Diagnóstico de ansiedade							0,216
Não	2(9,1)	8(36,4)	8(36,4)	2(9,1)	1(4,5)	1(4,5)	
Sim	0(0,0)	3(14,3)	11(52,4)	3(14,3)	4(19,0)	0(0,0)	
Não sabe	0(0,0)	0(0,0)	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	0(0,0)	
Tratamento da ansiedade							0,599
Não	2(6,5)	9(29,0)	13(41,9)	3(9,7)	3(9,7)	1(3,2)	
Sim	0(0,0)	2(13,3)	7(46,7)	3(20,0)	3(20,0)	0(0,0)	
Comorbidades							0,738
Não	0(0,0)	2(16,7)	5(41,7)	3(25,0)	2(16,7)	0(0,0)	
Sim	2(5,9)	9(26,5)	15(44,1)	3(8,8)	4(11,8)	1(2,9)	
Teve COVID ou algum conhecido							0,152
Não	1(20,0)	3(60,0)	1(20,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	

Sim	1(2,4)	8(19,5)	19(46,3)	6(14,6)	6(14,6)	1(2,4)	
Medo de morrer							0,103
Não	2(6,3)	7(21,9)	17(53,1)	3(9,4)	2(6,3)	1(3,1)	
Sim	0(0,0)	4(28,6)	3(21,4)	3(21,4)	4(28,6)	0(0,0)	
Medo de os parentes morrerem							0,857
Não	1(6,7)	5(33,3)	6(40,0)	2(13,3)	1(6,7)	0(0,0)	
Sim	1(3,2)	6(19,4)	14(45,2)	4(12,9)	5(16,1)	1(3,2)	

Legenda: **A**=Sem sintomas, **B**=Depressão mínima, **C**=Leve, **D**=Moderada, **E**=Moderadamente grave, **F**=Grave.

*Teste Exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 8 apresenta o cruzamento dos dados referentes às escalas de mulheres que têm ansiedade com as escalas de mulheres que têm depressão, sendo o teste significativo ($p < 0,001$), indicando, assim, que há associação entre esses dois sintomas. A maioria das participantes apresenta depressão leve (20) com graus de ansiedade variável: leve (13), moderada (9) e severa (9).

Tabela 8. Cruzamento entre as mulheres que tem ansiedade com as mulheres que tem depressão, (n=46). Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024. Teste Exato de Fisher $p < 0,001$

GAD-7	PHQ-9						Total de mulheres com ansiedade
	Sem sintomas (0)	Depressão mínima (1-4)	Depressão leve (5-9)	Depressão moderada (10-14)	Depressão moderadamente grave (15-19)	Depressão grave (20-27)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sem sintomas (0-4)	2 (13,3%)	6 (40,0%)	7 (46,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	15 (100,%)
Leve (5 a 9)	0 (0,0%)	3 (23,1%)	6 (46,2%)	4 (30,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (100,%)
Moderada (10-14)	0 (0,0%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	1 (11,1%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	9 (100%)
Severa (≥ 15)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)	6 (66,7%)	0 (0,0%)	9 (100%)
Total de mulheres com depressão	2 (4,3%)	11 (23,9%)	20 (43,5%)	6 (13,0%)	6 (13,0%)	1 (2,2%)	46 (100%)

*Teste Exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Cruzamento da percepção da qualidade de vida com dados sociodemográficos clínicos e domínios

Os dados apresentados na Tabela apontam uma associação entre percepção da qualidade de vida e a variável ocupação ($p = 0,030$), uma vez que 94,1% das participantes são aposentadas e 75,0% das participantes que são pesquisadora/professora/Agente organização escolar relataram que tiveram uma boa percepção da qualidade de vida no período da pandemia.

Tabela 9. Percepção da qualidade de vida por ocupação segundo a escala WHOQOL-bref n=46. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024.

WHOQOL-bref Classificação (pontuação)	Regular (3,0-3,9)	Boa (4,0-4,9)	Muito boa (5,0)	Valor p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Percepção da qualidade de vida				0,030
Ocupação				
Aposentada	0 (0,0)	16 (94,1)	1 (5,9)	
Do lar	4 (28,6)	8 (57,1)	2 (14,3)	
Atividades domésticas	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	
Empresária/autônoma	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Pesquisadora/professora/Agente organização escolar	0 (0,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	
Outras	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	

*Teste Exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pela autora.

Por meio do Teste Exato de Fisher, foi observado que existe associação estatisticamente significativa entre satisfação com a saúde e todos os domínios: psicológico, relações sociais e meio ambiente ($p < 0,05$).

Os maiores valores foram observados para satisfação com a saúde ($p=0,042$) conforme a intensidade ou frequência (necessita melhorar, regular, boa, muito boa) nas perguntas, e enquanto o menor ocorreu para o domínio do meio ambiente ($p=0,004$). Sendo que, no domínio do meio ambiente relacionado ao diagnóstico de ansiedade, está associado com o fato da maioria das entrevistadas (90,5%) considerar sua satisfação com a saúde como regular. Logo, observa-se que a participante identifica um problema em termos com a satisfação de sua saúde vinda do diagnóstico de ansiedade. Neste sentido, as associações encontradas são significativas e podem auxiliar na orientação das políticas públicas e intervenções para melhorar a qualidade de vida dessa população (Tabela 10).

Tabela 10. Classificação da satisfação com a saúde e domínios do WHOQOL-bref para amostra total $n=46$. Ribeirão Preto-SP, 2024.

WHOQOL-bref Classificação (pontuação)	Necessita melhorar (1,0-2,9) n (%)	Regular (3,0-3,9) n (%)	Boa (4,0-4,9)	Muito boa (5,0) n (%)	Valor p*
Satisfação com a saúde					
Antidepressivo					0,034
Não	2 (7,1)	11 (39,3)	12 (42,9)	3 (10,7)	
Sim	5 (27,8)	1 (5,6)	10 (55,6)	2 (11,1)	
Teve Covid-19 ou algum conhecido					0,042
Não	1 (20,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Sim	6 (14,6)	9 (22,0)	22 (53,7)	4 (9,8)	
Domínio psicológico					0,041
Teve Covid-19 ou algum conhecido					
Não	1 (20,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	
Sim	2 (4,9)	24 (58,5)	15 (36,6)	0 (0,0)	
Domínio das relações sociais					0,035
Estado civil					
Solteira	1 (9,1)	5 (45,5)	1 (9,1)	4 (36,4)	
Casada	2 (10,0)	7 (35,0)	10 (50,0)	1 (5,0)	
Divorciada/viúva	1 (6,7)	5 (33,3)	9 (60,0)	0 (0,0)	
Domínio do meio ambiente					0,004
Diagnóstico de ansiedade					
Não	2 (9,1)	9 (40,9)	9 (40,9)	2 (9,1)	
Sim	0 (0,0)	19 (90,5)	2 (9,5)	0 (0,0)	
Não sabe	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaborado pela autora.

Para as comparações entre o domínio físico e as variáveis faixa etária ($p=0,386$), UF ($p=0,095$), estado civil ($p=0,877$), grau de escolaridade ($p=0,251$), antidepressivo ($p=0,910$), diagnóstico de ansiedade ($p=0,345$), tratamento da ansiedade ($p=1,000$), comorbidades ($p=0,144$) e teve COVID ou algum conhecido ($p=0,500$) não foram observadas diferenças significativas ($p>0,05$). Entretanto, estatisticamente, houve diferença entre as variáveis ocupação ($p=0,001$), medo de morrer ($p=0,038$) e medo de os parentes morrerem ($p=0,045$) (Tabela 11).

Tabela 11. Classificação do WOQOL-bref para o domínio físico n=46. Ribeirão Preto-SP, 2024.

WHOQOL-bref Classificação (pontuação)	Domínio físico			Valor p*
	Necessita melhorar (1,0-2,9)	Regular (3,0-3,9)	Boa (4,0-4,9)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Faixa Etária				0,386
37 a 49	1 (16,7)	5 (83,3)	0 (0,0)	
50 - 59	3 (18,8)	9 (56,3)	4 (25,0)	
≥60	2 (8,3)	13 (54,2)	9 (37,5)	
UF				0,095
São Paulo	4 (10,3)	22 (56,4)	13 (33,3)	
Outros estados	2 (28,6)	5 (71,4)	0 (0,0)	
Estado civil				0,877
Solteira	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	
Casada	3 (15,0)	13 (65,0)	4 (20,0)	
Divorciada/viúva	2 (13,3)	8 (53,3)	5 (31,3)	
Grau de Escolaridade				0,251
Fundamental incompleto/completo	3 (23,1)	6 (46,2)	4 (30,8)	
Médio incompleto/completo	3 (11,1)	15 (55,6)	9 (33,3)	
Superior/pós-graduação	0 (0,0)	6 (100,0)	0 (0,0)	
Ocupação				0,001
Aposentada	0 (0,0)	9 (52,9)	8 (47,1)	
Do lar	2 (14,3)	11 (78,6)	1 (7,1)	
Atividades domésticas	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	
Empresária/autônoma	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Pesquisadora/professora/Agente organização escolar	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	
Outras	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	
Antidepressivo				0,910
Não	4 (14,3)	17 (60,7)	7 (25,0)	
Sim	2 (11,1)	10 (55,6)	6 (33,3)	
Diagnóstico de ansiedade				0,345
Não	2 (9,1)	11 (50,0)	9 (40,9)	
Sim	4 (19,0)	13 (61,9)	4 (19,0)	
Não sabe	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	
Tratamento da ansiedade				1,000
Não	4 (12,9)	18 (58,1)	9 (29,0)	
Sim	2 (13,3)	9 (60,0)	4 (26,7)	
Comorbidades				0,144
Não	0 (0,0)	10 (83,3)	2 (16,7)	
Sim	6 (17,6)	17 (50,0)	11 (32,4)	
Teve COVID ou algum conhecido				0,500
Não	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	
Sim	5 (12,2)	25 (61,0)	11 (26,8)	
Medo de morrer				0,038

Não	5 (15,6)	15 (46,9)	12 (37,5)	
Sim	1 (7,1)	12 (85,7)	1 (7,1)	
Medo de os parentes morrerem				0,045
Não	3 (20,0)	5 (33,3)	7 (46,7)	
Sim	3 (9,7)	22 (71,0)	6 (19,4)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaborado pela autora.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o domínio psicológico e as características sociodemográficas e clínicas das participantes. Essa análise dos dados mostra que, de maneira geral, a qualidade de vida no domínio psicológico das participantes é predominantemente boa. Em adição, alguns fatores, como a experiência com Covid-19, podem influenciar essa qualidade de vida ($p=0,041$) (ANEXO E).

Os resultados da aplicação do Teste Exato de Fisher não mostraram associações entre o WOQOL-bref para o domínio das relações sociais e as características sociodemográficas e clínicas ($p>0,05$) (ANEXO F).

Em adição, também não foram encontradas associações significativas entre domínio meio ambiente e as variáveis sociodemográficas, faixa etária ($p=0,795$), UF ($p=0,250$), estado civil ($p=0,571$), grau de escolaridade ($p=0,581$), ocupação ($p=0,699$), e também nas variáveis clínicas antidepressivo ($p=0,387$), tratamento da ansiedade ($p=0,230$), comorbidades ($p=1,000$), teve COVID ou algum conhecido ($p=0,145$), medo de morrer ($p=0,499$) e medo de parente morrer ($p=0,775$). Apenas a comparação entre o domínio meio ambiente com o Diagnóstico de ansiedade ($p=0,004$) foi significativa para uma frequência de 90,0% (ANEXO G).

Ao examinar o diagnóstico ($p=0,004$) e tratamento de ansiedade ($p=0,230$), observa-se que participantes com essas condições tendem a ter uma percepção mais crítica do meio ambiente em comparação com aquelas sem diagnóstico de ansiedade. Observou-se uma tendência de que participantes com maior nível de escolaridade, como aqueles com ensino superior ou pós-graduação, tenham uma percepção mais positiva do meio ambiente.

Em relação ao uso de antidepressivos ($p=0,387$), a maioria dos participantes não faz uso desses medicamentos, o que pode indicar uma percepção favorável do meio ambiente. É importante considerar essas variações ao desenvolver estratégias de melhoria ambiental e bem-estar (ANEXO G).

Em relação aos sintomas da ansiedade (sem sintomas, leve, moderada e severa) e os domínios do WHOQOL-bref também não se observou diferença significativa ($p>0,05$) (ANEXO H).

Em geral, os dados apresentados na Tabela 12 avaliaram a gravidade dos sintomas de depressão (sem sintomas, mínima, leve, moderada, moderadamente grave e grave), onde foi observado que, quanto mais grave a depressão, pior a qualidade de vida em todos os domínios avaliados. No entanto, nem todos os

domínios (físico $p=0,553$), (relações sociais $p=0,074$), (meio ambiente $p=0,33$) apresentaram associação estatisticamente significativa com a gravidade dos sintomas de depressão. O domínio psicológico foi o único que apresentou uma relação significativa com a gravidade da depressão ($p=0,005$).

Esses dados sugerem que a depressão está associada à pior qualidade de vida em todos os domínios avaliados, embora a magnitude e a significância dessa relação podem variar conforme o domínio específico. O domínio psicológico parece ser particularmente afetado pela depressão, enquanto as relações sociais e a saúde física possam ser menos afetadas, dependendo da gravidade da depressão.

Tabela 12. Avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref) e da gravidade dos sintomas de depressão (PHQ-9) n=46. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2024.

WHOQOL-bref Classificação (pontuação)	Gravidade da depressão (PHQ-9)						Valor p*
	Sem sintomas (0)	Mínima (1-4)	Leve (5-9)	Moderada (10-14)	Moderadamente grave (15-19)	Grave (20-27)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Avaliação da sua qualidade de vida							0,154
Necessita melhorar (1,0-2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Regular (3,0-3,9)	1(16,7)	0 (0,0)	4	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	
Boa (4,0-4,9)	1 (3,1)	6 (18,8)	15 (46,9)	5 (16,5)	4 (12,5)	1 (3,1)	
Muito boa (5,0)	0 (0,0)	5 (62,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	
Satisfação com a sua saúde							0,397
Necessita melhorar (1,0-2,9)	0 (0,0)	0(0,0)	3 (42,9)	3 (42,9)	1 (14,3)	0 (0,0)	
Regular (3,0-3,9)	1 (8,3)	4	6(50,0)	0 (0,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	
Boa (4,0-4,9)	1(4,5)	4	10(45,5)	3 (13,6)	3 (13,6)	1 (4,5)	
Muito boa (5,0)	0 (0,0)	3	1(20,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	
Domínio físico							0,553
Necessita melhorar (1,0-2,9)	0 (0,0)	1(16,7)	3(50,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	
Regular (3,0-3,9)	2 (7,4)	4(14,8)	11(40,7)	5 (18,5)	4 (14,8)	1 (3,7)	
Boa (4,0-4,9)	0 (0,0)	6(46,2)	6 (46,2)	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	
Muito boa (5,0)	0 (0,0)	0(0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Domínio psicológico							0,005
Necessita melhorar (1,0-2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1(33,3)	0 (0,0)	2 (66,7)	0 (0,0)	
Regular (3,0-3,9)	1 (4,0)	2 (8,0)	11(44,0)	6 (24,0)	4 (16,0)	1 (4,0)	
Boa (4,0-4,9)	1 (5,9)	8 (47,1)	8 (47,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Muito boa (5,0)	0 (0,0)	1(100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Domínio relações sociais							0,074
Necessita melhorar (1,0-2,9)	0 (0,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	
Regular (3,0-3,9)	1 (5,9)	1 (5,9)	11 (64,7)	3 (17,6)	1 (5,9)	0 (0,0)	
Boa (4,0-4,9)	1 (5,0)	6 (30,0)	8 (40,0)	2 (10,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	
Muito boa (5,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	
Domínio meio ambiente							0,331
Necessita melhorar (1,0-2,9)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1	
Regular (3,0-3,9)	1 (3,3)	5 (16,7)	15 (50,0)	4 (13,3)	5 (16,7)	0 (0,0)	
Boa (4,0-4,9)	1 (9,1)	3 (27,3)	4 (36,1)	2 (18,2)	1 (9,1)	0 (0,0)	
Muito boa (5,0)	0 (0,0)	2 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 Relações de interdependências entre os dados sociodemográficos, clínicos, WHOQOL-bref, PHQ-9 e GAD-7

Quando o objetivo é se estabelecer relações para uma tomada de decisão, deve-se levar em consideração inúmeros fatores e suas complexas relações de interdependência. Neste contexto, a análise exploratória multivariada dos dados fornece diversos métodos e técnicas para explicar a estrutura de dependência contida no conjunto original das variáveis.

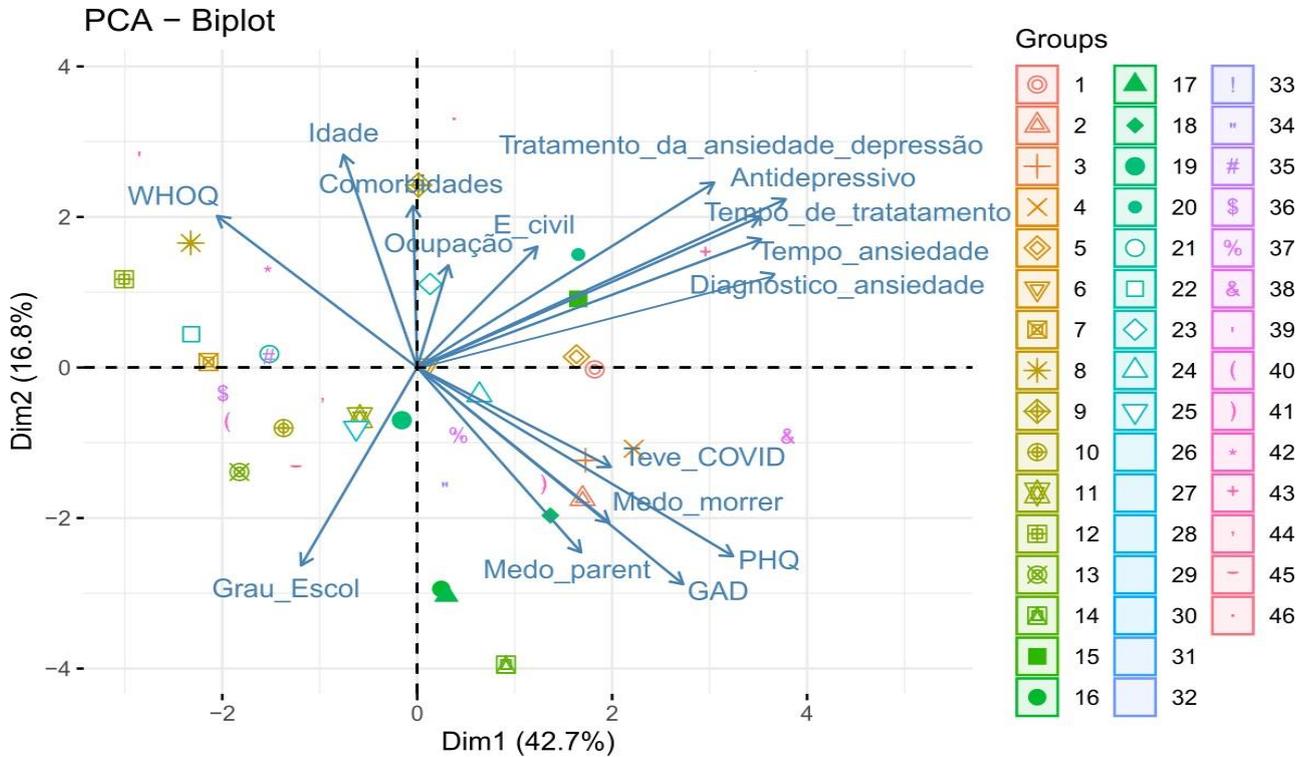
Quando se considera que dados sociodemográficos e clínicos de uma população amostral podem apresentar complexas relações com as escalas WHOQOL-bref, PHQ-9 e GAD-7, a utilização da análise multivariada pode ser uma técnica muito promissora para se investigar determinadas características que propiciem a identificação de correlações naturais e de múltiplas influências sobre o comportamento dessa amostra.

No presente estudo, os dois componentes principais (Dim1 e Dm2) retiveram 60% da variação original dos dados (Figura 1 e Tabela 13).

O primeiro componente principal (Dim1) é o componente mais representativo para o estudo, pois reteve maior percentual de variação (43%) e maior número de variáveis no modelo, sendo elas, por ordem de importância: *tempo de tratamento* (-0,72), *diagnóstico de ansiedade* (-0,70), *uso de antidepressivo* (-0,68), *tempo de ansiedade* (-0,67), *tratamento da ansiedade ou depressão* (-0,67), PHQ-9 (-0,63), GAD-7 (-0,53), *medo do parente morrer* (-0,51), *teve Covid-19* (-0,49) e *medo de morrer* (-0,43) diretamente associados entre si (setas projetadas para a direita do gráfico biplot), e inversamente associados à WHOQOL-bref (0,45) (seta projetada para a esquerda do gráfico biplot).

Ou seja, isso indica que esses dados clínicos sobre diagnósticos e tratamentos de ansiedade e depressão estão diretamente associados aos dados de Covid-19 e às escalas PHQ-9 e GAD-7; à medida que um desses dados aumenta, o outro também aumenta. Em contrapartida, todos esses dados estão relacionados negativamente com a avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref); à medida que aumentam as escalas PHQ-9 e GAD-7 e dados sobre diagnósticos de ansiedade e depressão, a qualidade de vida diminui.

Figura 1. Gráfico biplot contendo as projeções dos dados sociodemográficos, indicadores e escalas de transtorno geral de ansiedade e transtornos depressivos e dispersões referente as mulheres entrevistadas. WHOQOL-bref = qualidade de vida; sintomas de depressão = PHQ-9; sintomas de ansiedade GAD-7



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 13. Correlação entre os parâmetros e os dois primeiros componentes principais (CP1-CP2)

Componente principal	PC1	PC2
Variância explicada (%)	42,7*	16,8*
Correlações		
Idade	0,14	-0,62
Estado civil	-0,23	-0,41
Grau de Escolaridade	0,23	0,55
Antidepressivo	-0,68	-0,31
Diagnóstico de ansiedade	-0,70	0,10
Tempo de ansiedade	-0,67	-0,31
Tratamento da ansiedade ou depressão	-0,67	-0,29
Tempo de tratamento	-0,72	-0,33
Comorbidades	0,01	-0,41
Teve Covid-19	-0,49	0,23
Medo de morrer	-0,48	0,30
Medo do parente morrer	-0,43	0,35
GAD-7	-0,53	0,32
PHQ-9	-0,63	0,35
WHOQOL-bref	0,45	-0,31

*Valor referente à porcentagem da variação do conjunto original dos dados retida pelos respectivos componentes principais. Correlações em negrito ($>0,40$ em valor absoluto), foram consideradas na interpretação do componente principal.

Fonte: Elaborado pela autora.

5. Discussão

5. DISCUSSÃO

Para responder ao objetivo do estudo, de avaliar os níveis dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/associados pela pandemia de Covid-19 em mulheres com câncer de mama, começamos pela caracterização sociodemográfica e clínica dessas mulheres.

Assim, a caracterização das participantes do estudo, baseada nos dados sociodemográficos, mostrou que, em sua maioria, possuíam idade igual ou superior a 60 anos (média=59,6 anos) à época da coleta de dados, corroborando informações do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2022), do Ministério da Saúde do Brasil, de que a incidência do câncer de mama aumenta com o decorrer da idade e a maioria dos diagnósticos aparece a partir dos 50 anos.

A maioria delas era também casada, tendo ensino médio completo ou incompleto como grau de escolaridade, e a ocupação mais prevalente era do lar, sendo que muitas se encontravam já aposentadas. Considerando que a maioria tinha 60 anos ou mais, é compreensível que grande parte delas já estivesse aposentada, exercendo atividades domésticas, em suas casas. No entanto, isso também pode estar associado ao fato de não exercerem mais as atividades profissionais no mesmo ambiente de trabalho, por incapacidades ou por incompatibilidade com a função anteriormente exercida, após serem acometidas pela doença.

Nesse sentido, estudo de revisão integrativa da literatura sobre trabalho e câncer demonstrou que afastar-se das atividades laborais gera medo de limitações e preocupação, e que o retorno às atividades de trabalho dos indivíduos pode ser fortemente influenciado pela intensidade com que o câncer afetou a auto-identidade, o sentido e o significado do trabalho, o contexto familiar e financeiro e o ambiente de trabalho (Ribeiro *et al.*, 2019).

Isso tudo poderia estar agravado devido à tensão gerada pela pandemia de Covid-19.

Em relação às comorbidades apresentadas pelas mulheres com câncer de mama, é interessante observar que essas aconteciam com 34 (73,9%) mulheres, prevalecendo hipertensão arterial sistêmica, mas elas também eram acometidas por diabetes, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, entre outras, que são fatores que

poderiam facilitar a contaminação pelo coronavírus e agravar ainda mais a situação de saúde das mulheres de acordo com estudos de Souza, Leal e Santos (2020).

Já no que se refere aos dados considerando a pandemia de Covid-19, é interessante observar que a maioria das entrevistadas ou algum conhecido seu (89,1%) teve Covid-19, indicando que a pandemia teve um impacto significativo na população estudada. Os dados também revelam que apenas 30,4% das entrevistadas, o que corresponde a cerca de um terço delas, referiu ter apresentado medo de morrer devido à Covid-19. Por outro lado, a maioria (67,4%) teve medo de que um parente ou conhecido morresse em consequência dessa doença, sugerindo uma preocupação maior com a saúde e o bem-estar de seus familiares e amigos, do que com elas próprias. Uma possível razão para isso é que as entrevistadas podem ter perdido algum familiar ou conhecido devido à doença. Já as que relataram ter medo de morrer, provavelmente pode ser pelos maiores riscos e complicações que a Covid-19 poderia representar para pessoas com comorbidades ou idosas.

Nesse sentido, podemos inferir que as mulheres que referiram não ter sentido medo de morrer devido à Covid-19 podem ter apresentado ou presenciado na família, ou entre seus amigos, casos assintomáticos ou mais leves da doença, ou até mesmo já estarem vacinadas a essa época, quando realizada a coleta de dados, período em que as vacinas já estavam sendo oferecidas à população, inclusive com ênfase às pessoas mais vulneráveis, como aquelas acometidas pelo câncer (Brasil, 2023).

No entanto, as informações que elas passaram, relativas a uma certa despreocupação com a doença e seus agravantes, preocupam pois essas mulheres deveriam estar orientadas e conscientizadas quanto à importância e necessidade de rigorosas ações para prevenção da doença, uma vez que pacientes com câncer e Covid-19 possuem maior risco de desenvolver formas graves da doença, caminharem para uma evolução torpe e irem a óbito. Estudo recente mostrou uma mortalidade de 21,8% nessa população (Miranda Chaviano *et al.*, 2023).

Avaliando-se os níveis de ansiedade e depressão das participantes frente às medidas de prevenção à Covid-19, observou-se a partir da Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7) que a maioria foi classificada na categoria: sem sintomas, porém com variáveis níveis de ansiedade: leve (13), moderada (9) e severa (9). Entretanto, a partir das escalas sobre a saúde do paciente (PHQ-9) identificou-se a maioria possui sintomas de depressão leve (20). O medicamento antidepressivo

mais utilizado entre as pacientes é a sertralina. Esses dados, indicam alta proporção de indivíduos com problemas de saúde mental na amostra, o que pode estar relacionado ao estresse causado pela pandemia ou a fatores pré-existentes.

A partir dessa análise descritiva, podemos levantar hipóteses sobre as possíveis causas e consequências do uso de antidepressivos e do diagnóstico de ansiedade na amostra, bem como sobre quais fatores estão mais associados a esses sintomas, que podem afetar a qualidade de vida das pacientes. Essas hipóteses foram testadas, usando métodos mais sofisticados de análise estatística, a exemplo da estatística multivariada dos dados, com a análise de componentes principais. Esses componentes são dimensões inerentes aos dados que expressam os padrões, os comportamentos, as similaridades e as diferenças existentes no conjunto amostral (Hair *et al.*, 2005).

Assim, por meio da análise estatística dos dados obtidos constatou-se que o medo do parente morrer (-0,51) e o diagnóstico de Covid-19, descrito nesse estudo como “teve Covid-19” (-0,49), associado ao medo de morrer (-0,43) (Figura 1 e Tabela 13) agravaram os níveis de ansiedade e depressão, o que refletiu negativamente na qualidade de vida dessas participantes.

6. Conclusão

6. CONCLUSÃO

A análise dos dados obtidos neste estudo, que condensou as informações mais relevantes, capazes de explicar quais os fatores que mais influenciaram diretamente os níveis de ansiedade e depressão nas participantes, constatou que o medo do parente morrer (-0,51) e o diagnóstico de Covid-19, descrito nesse estudo como “teve Covid-19” (-0,49), associado ao medo de morrer (-0,43) (Figura 1 e Tabela 13) agravaram seus níveis de ansiedade e depressão, o que refletiu negativamente em sua qualidade de vida.

Dessa forma, os testes estatísticos robustos, conduzidos a partir da análise multivariada dos dados, demonstraram que entre as participantes, os sintomas de ansiedade e depressão foram potencializados pela pandemia de Covid-19. Assim, os resultados encontrados fornecem orientações úteis para intervenções e apoio visando melhorar saúde emocional, bem-estar e qualidade de vida da população estudada.

Referências

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Anxiety. Disponível: <https://www.apa.org/topics/anxiety/>. Acesso em: 9 jul.2023.
- ARAGÃO, J. C. S. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista PRÁXIS**, Volta Redonda, ano 3, n. 6, p. 59-62, 2011.
- BERGEROT, C. D.; LAROS, J. A.; ARAUJO, T. C. C. F. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 2, p. 187-197, 2014.
- BRANDÃO, T.; MATOS, P. M. Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 33, n. 1, p. 98-106, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde reforça: vacinas são seguras e importantes contra Covid-19**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/noticias/2023/outubro/ministerio-da-saude-reforca-vacinas-sao-seguras-e-importantes-contracovid-19>. Acesso em: 10 nov.2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus: Sintomas**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/sintomas>. Acesso em: 12 dez.2021.
- BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa. Rio de Janeiro: INCA, 2022**. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 23 de mar.2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. 2024. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 21 de mar.2024.
- CHEN, J.-G. et al. Cancer survival: left truncation and comparison of results from hospital-based cancer registry and population-based cancer registry. **Frontiers in oncology**, v. 13, 2023.
- COELHO, M. DE M. F. et al. Sintomas de ansiedade e fatores associados entre profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 2022.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Painel Nacional: COVID-19**. 2024. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em: 20 fev.2024.
- DANTAS FERREIRA, J. et al. Covid-19 e Câncer: atualização de aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. Tema Atual, 2020.
- DE LIMA OSÓRIO, F. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-

2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in psychiatric care**, v. 45, n. 3, p. 216–227, 2009.

DEMAREST, T. G. et al. NAD⁺ metabolism in aging and cancer. **Annual review of cancer biology**, v. 3, n. 1, p. 105–130, 2019.

FARIA, R. et al. Orientações terapêuticas recomendadas aos pacientes com câncer de mama durante a pandemia pelo sars-cov-2: uma revisão sistemática das principais propostas estabelecidas por sociedades mundiais. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR BJSCR**, v. 32, n. 2, p.2317–4404, 2020.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FREER, P.E. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Breast Imaging. **Radiologic Clinics Of North America**, v. 59, n. 1, p. 1-11, 2021.

FROTA, I. J. et al. Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 10, n. 1, p. 1-8, 2022. Doi: 10.12662/2317-3206jhbs.v10i1.3971.p1-8.2022

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (**Fiocruz**), Ministério da Saúde, Brasil. Vacinação contra a Covid-19 no Brasil completa um ano, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinacao-contracovid-19-no-brasil-completa-um-ano>

FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 8–19, 2006.

GANATRA, S.; HAMMOND, S. P.; NOHRIA, A. The novel Coronavirus disease (COVID-19) threat for patients with cardiovascular disease and cancer. **JACC. CardioOncology**, v. 2, n. 2, p. 350–355, 2020.

GOMES, M. R. DA S.; SILVA, L. A.; BARBOSA, L. D. DA C. E. S. Impactos psicológicos da pandemia do SARS-CoV-2 na população mundial: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e50010616286, 2021.

HAIR, J. F., JR. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HE, S. et al. Factors Influencing Delayed Treatment in Patients With Breast Cancer During COVID-19 Pandemic. **Frontiers in Public Health**, v. 10, n. 29, 2022.

HEYMANN, D. L.; SHINDO, N. COVID-19: what is next for public health? **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 542–545, 2020.

HUANG, X. *et al.* Epidemiology and clinical characteristics of COVID-19. **Archives of Iranian Medicine**, Tehran, v. 23, n. 4, p. 268-271, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025**. [Brasília, DF]: Instituto Nacional do Câncer, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>

KAISER, H. F. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. **Psychometrika**, New York, v. 23, n. 3, p. 187-200, 1958.

KAWAHARA, L. T. et al. Câncer e Doenças Cardiovasculares na Pandemia de COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, n. 3, p. 547–557, 2020.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 1-10, 2010.

KROENKE, K. et al. Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. **Annals of internal medicine**, v. 146, n. 5, p. 317, 2007.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. **Journal of general internal medicine**, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001.

LIANG, W. et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a Nationwide analysis in China. **The Lancet Oncology**, v. 21, n. 3, p. 335–337, 2020.

MIRANDA CHAVIANO, J. *et al.* COVID-19 en pacientes oncológicos. **Medicentro Electrónica**, Villa Clara, v. 27, n. 2, p. e3826, 2023.

MONTEIRO, A. S. et al. Influência da covid-19 no tratamento de câncer de mama: revisão integrativa. In: **Congresso Internacional em Saúde**, n. 8, 2021.

NOAL, D. S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

OLIVEIRA, M. L. M. C. *et al.* Lêvitude emocional e as estratégias da teoria cognitivo-comportamental para o enfrentamento do COVID-19. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 3-11, 2020.

OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19 - **OPAS/OMS** | Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente> Acesso em: 5 Maio 2023.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Covid-19: perspectivas para 2023**. Disponível em: <<https://unric.org/pt/covid-19-perspetivas-para-2023/>>. Acesso em: 1 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Depressão. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 9 jul. 2023

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa sobre COVID-19**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ORNELL, F. et al. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 12–16, 2020.

PEREIRA, M. *et al.* A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, p. 652974548, 2020.

POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 30, n. suppl 2, p. s73–s80, 2008.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2022. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 10 fev. 2024.

RIBEIRO, H. K. P. *et al.* Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 44, p. e1, 2019.

RUFINO, S. et al. Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. *Revista Saúde em Foco*. **Revista Saúde em Foco**, n. 10, 2018.

SANTINO BIZARRIAS, F.; FERREIRA DA SILVA, L.; PENHA, R. Preparação de dados e boas práticas em pesquisas quantitativas. **Revista de Gestão e Projetos**, v. 14, n. 1, p. 1–10, 2023.

SÃO PAULO (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos. **SEADE Coronavírus: Estado de São Paulo: Ribeirão Preto**. 2024. Disponível em: <https://coronavirus.seade.gov.br/>. Acesso em: 10 fev. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos. **SEADE Coronavírus: perfil dos casos e óbitos: Ribeirão Preto**. 2023. Disponível em: <https://coronavirus.seade.gov.br/perfil/>. Acesso em: 10 fev. 2024.

SODRÉ, F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

SOUZA, C. D. F. DE; LEAL, T. C.; SANTOS, L. G. Doenças do Aparelho Circulatório em Indivíduos com COVID-19: Descrição do Perfil Clínico e Epidemiológico de 197 Óbitos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, n. 2, p. 281–283, 2020.

SPITZER, R. L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. **Archives of internal medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092, 2006.

SPITZER, R. L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. **Archives of internal medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092, 2006.

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B. W. Brief Patient Health Questionnaire. **PsycTESTS Dataset**, 1999.

STEVANATO, K. P. et al. Perfil epidemiológico das mortes por câncer de mama e covid-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e27210817269, 2021.

SUNG, H. *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.

VILLAR, R. R. *et al.* Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2958, 2017.

World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC) Breast Cancer. Disponível em <https://www.iarc.who.int/cancer-type/breast-cancer/> acesso em 01 de mar. 2023.

ZHANG, L. *et al.* Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: A retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. **Annals of Oncology**, London, v. 31, n. 7, p. 894-901, 2020.

ZHOU, F. *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, London, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020.

ZOE COVID STUDY. What are the new top 5 COVID symptoms? 2021. Disponível em: <https://covid.joinzoe.com/post/new-top-5-covid-symptoms>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ZWIELEWSKI, G. *et al.* Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela Covid-19. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 30-37, 2020.

Apêndices

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa "**Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/associados pela pandemia de Covid-19 em mulheres com câncer de mama**", com o objetivo de avaliar os níveis de ansiedade e depressão, em mulheres com câncer de mama, devido às medidas de prevenção à Covid-19 ou reforçados/potencializados por esse motivo. Ter esse entendimento é importante para que possamos orientar melhor as mulheres que passam por essa situação e ajudá-las a vivenciar esse momento delicado de suas vidas, de modo mais tranquilo e menos doloroso.

As informações coletadas serão mantidas por 5 (cinco) anos em arquivo Excel, sob a guarda das pesquisadoras, protegida por senha e, após esse período, elas serão descartadas de forma segura, ou seja, deletadas do computador e da lixeira.

A senhora não terá despesas, e nem será remunerada pela sua participação na pesquisa. Em caso de danos decorrentes da pesquisa, será garantida a indenização, conforme as leis vigentes no país. Esclarecemos que a sua participação no estudo é voluntária, portanto, a senhora tem a liberdade de permanecer ou não. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir após iniciar a pesquisa, isso não acarretará nenhuma penalização por parte da pesquisadora, nem haverá modificação na assistência que recebe no serviço do REMA. Não é obrigatório responder qualquer questão, também não há necessidade de explicação ou justificativa.

Destacamos que os riscos da pesquisa serão desconforto emocional frente aos conteúdos abordados por externar seus sentimentos, pois a senhora responderá a perguntas de cunho pessoal, e poderá sentir-se envergonhada em fornecer informações de sua vida durante a vivência do câncer e da pandemia do coronavírus.

Ressalta-se que, caso seja verificada presença de manifestações de mobilização emocional pela participante durante o período de coleta de dados, estas serão acolhidas pela pesquisadora principal, responsabilizando-se por prestar assistência imediata e gratuita.

Por outro lado, a senhora poderá ser beneficiada diretamente com o estudo podendo ter melhor entendimento, conhecimento, prevenir ou aliviar os sintomas da ansiedade e depressão, e indiretamente os resultados deste estudo poderão favorecer políticas públicas mais assertivas, fornecendo conhecimentos para auxiliar profissionais de saúde no atendimento às mulheres com câncer de mama, especialmente no que está relacionado aos sintomas de ansiedade e depressão provocados/associados pela pandemia da Covid-19.

Para iniciar o procedimento da pesquisa, primeiramente perguntamos sobre os seus dados pessoais: idade, escolaridade, estado civil, entre outros e faremos perguntas sobre o uso de medicamentos antidepressivos, outras doenças associadas, com quem você vive atualmente, se você ou algum conhecido teve Covid-19, medo de morrer pela Covid-19, medo de os parentes morrerem pela Covid-19. Pedimos também sua autorização para buscarmos alguns dados no seu prontuário do REMA.

A senhora responderá a três instrumentos que são utilizados para avaliar sintomas de ansiedade, depressão e qualidade de vida, chamados de Escala de Transtorno Geral de Ansiedade (**GAD-7**), Questionário sobre Saúde do Paciente

(**PHQ-9**) e Questionário de Qualidade de Vida (**WHOQOL-bref**), com duração média de 45 minutos para serem respondidos.

Os resultados dessa pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos, porém, todas as informações têm caráter confidencial, portanto sua identidade será mantida em sigilo, e não utilizaremos seus nomes/iniciais nas publicações oriundas da pesquisa.

A senhora tem a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da sua participação, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa.

A senhora poderá ter acesso a todos esses resultados nas publicações online e/ou impressas e em apresentação no REMA, assim como é feito com outros resultados de pesquisas realizadas no serviço

As pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considerem necessário em qualquer etapa da pesquisa. Caso necessite, seguem os contatos com as pesquisadoras responsáveis:

Cristina Santana Cruz; E-mail: cristina.santana@hotmail.com; Celular: (16) 98157-8672

Marislei Sanches Panobianco; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP – USP), Ribeirão Preto-SP, telefone: (16) 3315-3480.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP situado na Av. Bandeirantes, 3.900- Ribeirão Preto-SP, ou pelo telefone 16-3315-9197, que funciona de 2ª a 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h, e-mail cep@eerp.usp.br.

Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará com a senhora e outra com a pesquisadora. Ele servirá como garantia dos seus direitos enquanto participante desta pesquisa.

Li e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Ribeirão Preto(SP)____/____/2022.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

***Verso do TCLE**

Apêndice B

Questionário sociodemográfico e clínico

Iniciais do nome: _____ Data: ___/___/___

Idade: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado civil:

- (1) ___Solteira (3)___Viúva
(2) ___Casada (4)___Separada/Divorciada

Grau de escolaridade:

- (1) ___Ensino fundamental incompleto
(2) ___Fundamental completo
(3) ___Médio incompleto
(4) ___Ensino médio completo
(5) ___Superior incompleto
(6) ___Superior completo
(7) ___Pós-Graduação

Ocupação: _____

Faz algum uso de medicamentos antidepressivos? _____

Se sim, qual? _____

Possui diagnóstico de ansiedade?

() Não () Não sabe () Sim. Desde quando? _____

Já se encontra em tratamento da ansiedade ou depressão:

() Não () Sim. Tempo de tratamento: _____

Tem comorbidades? _____ Se sim, qual? _____

Com quem vive atualmente? _____

Teve Covid-19 ou algum conhecido? _____

Teve medo de morrer pela Covid-19? _____

Medparentes morrerem pela Covid-19? _____

Anexos

ANEXO A

Escala de Transtorno Geral de Ansiedade –GAD-7

GAD-7				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<i>(Marque sua resposta com "✓")</i>				
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

ANEXO B

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

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9 (PHQ-9)				
Durante os <u>últimos 14 dias</u> , em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas? (Utilize "✓" para indicar a sua resposta)	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING <u>0</u> + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____				
Se indicou <u>alguns</u> problemas, até que ponto é que eles <u>dificultaram</u> o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?				
Não dificultaram <input type="checkbox"/>	Dificultaram um pouco <input type="checkbox"/>	Dificultaram muito <input type="checkbox"/>	Dificultaram extremamente <input type="checkbox"/>	

ANEXO C
WHOQOL-BREF
(Versão em português do instrumento WHOQOL-bref)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder a seguinte pergunta.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso as informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas **últimas semanas**.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Obrigada pela colaboração!

ANEXO D



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – CAMPUS
RIBEIRÃO PRETO - TELEFONE: (016)3315-3448
CEP: 14040-902 - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

Ribeirão Preto, 31 de janeiro de 2022

Ao Comitê de Ética da EERP/USP

Informo que a aluna de Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, nível mestrado, Cristina Santana Cruz sob a orientação da Profª Drª Marislei Sanches Panobianco tem a autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**Terapia Cognitivo-Comportamental no alívio dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/intensificados pela pandemia de COVID-19 em mulheres com câncer de mama**”, junto ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de mastectomizadas – REMA.

Atenciosamente,


Maria Antonieta Spinoso Prado
Enfermeira responsável

Ilmo Sr
Prof. Dr Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do Comitê de Ética da EERP/USP

ANEXO E - Classificação do WOQOL-bref para o domínio psicológico n=46. Ribeirão Preto-SP, 2024

WHOQOL-bref Classificação (pontuação)	Domínio psicológico				Valor p* n (%)
	Necessita melhorar (1,0-2,9)	Regular (3,0-3,9)	Boa (4,0-4,9)	Muito boa (5,0)	
	n (%)	n (%)	n (%)		
Faixa Etária					0,418
37 a 49	0 (0,0)	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	
50 - 59	2 (12,5)	11 (68,8)	3 (18,8)	0 (0,0)	
≥60	1 (4,2)	11(45,8)	11(45,8)	1 (4,2)	
UF					0,505
São Paulo	2 (5,1)	22 (56,4)	14 (35,9)	1 (2,6)	
Outros estados	1 (14,3)	3 (42,9)	3 (42,9)	0 (0,0)	
Estado civil					0,420
Solteira	0 (0,0)	4 (36,4)	7 (63,6)	0 (0,0)	
Casada	2 (10,0)	11 (55,0)	6 (30,0)	1 (5,0)	
Divorciada/viúva	1 (6,7)	10 (66,7)	4 (26,7)	0 (0,0)	
Grau de Escolaridade					0,504
Fundamental incompleto/completo	1 (7,7)	9 (69,2)	3 (23,1)	0 (0,0)	
Médio incompleto/completo	1 (3,7)	14 (51,9)	11 (40,7)	1 (3,7)	
Superior/pós-graduação	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	0 (0,0)	
Ocupação					0,057
Aposentada	1 (5,9)	8 (47,1)	8 (47,1)	0 (0,0)	
Do lar	1 (7,1)	11 (78,6)	2 (14,3)	0 (0,0)	
Atividades domésticas	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	
Empresária/autônoma	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Pesquisadora/professora/Agente organização escolar	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	
Outras	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Antidepressivo					0,820
Não	2 (7,1)	15 (53,6)	11 (39,3)	0 (0,0)	
Sim	1 (5,6)	10 (55,6)	6 (33,3)	1 (5,6)	
Diagnóstico de ansiedade					0,296
Não	0 (0,0)	12 (54,5)	9 (40,9)	1 (4,5)	
Sim	3 (14,3)	10 (47,6)	8 (38,1)	0 (0,0)	
Não sabe	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tratamento da ansiedade					1,000
Não	2 (6,5)	17 (54,8)	11 (35,5)	1 (3,2)	
Sim	1 (6,7)	8 (53,3)	6 (40,0)	0 (0,0)	
Comorbidades					0,521
Não	0 (0,0)	9 (75,0)	3 (25,0)	0 (0,0)	
Sim	3 (8,8)	16 (47,1)	14 (41,2)	1 (2,9)	
Teve COVID ou algum conhecido					0,041
Não	1 (20,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	1(20,0)	
Sim	2 (4,9)	24 (58,5)	15 (36,6)	0 (0,0)	
Medo de morrer					0,087
Não	2 (6,3)	14 (43,8)	15 (46,9)	1 (3,1)	
Sim	1 (7,1)	11 (78,6)	2 (14,3)	0 (0,0)	
Medo de os parentes morrerem					0,617
Não	1 (6,7)	8 (53,3)	5 (33,3)	1 (6,7)	
Sim	2 (6,5)	17 (54,8)	12 (38,7)	0 (0,0)	

ANEXO F - Classificação do WOQOL-bref para o domínio relações sociais n=46. Ribeirão Preto-SP, 2024

WHOQOL-bref Classificação (pontuação)	Domínio Relações Sociais				Valor p* n (%)
	Necessita melhorar (1,0-2,9) n (%)	Regular (3,0-3,9) n (%)	Boa (4,0-4,9) n (%)	Muito boa (5,0) n (%)	
Faixa Etária					0,856
37 a 49	1 (16,7)	2 (33,3)	2 (33,3)	1 (16,7)	
50 - 59	2 (12,5)	6 (37,5)	7 (43,8)	1 (6,3)	
≥60	1 (4,2)	9 (37,5)	11 (45,8)	3 (12,5)	
UF					1,000
São Paulo	4 (10,3)	14 (35,9)	17 (43,6)	4 (10,3)	
Outros estados	0 (0,0)	3 (42,9)	3 (42,9)	1 (14,3)	
Estado civil					0,035
Solteira	1 (9,1)	5 (45,5)	1 (9,1)	4 (36,4)	
Casada	2 (10,0)	7 (35,0)	10 (50,0)	1 (5,0)	
Divorciada/viúva	1 (6,7)	5 (33,3)	9 (60,0)	0 (0,0)	
Grau de Escolaridade					0,571
Fundamental incompleto/completo	1 (7,7)	3 (23,1)	8 (61,5)	1 (7,7)	
Médio incompleto/completo	2 (7,4)	11 (40,7)	11 (40,7)	3 (11,1)	
Superior/pós-graduação	1 (16,7)	3 (50,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	
Ocupação					0,076
Aposentada	1 (5,9)	9 (52,9)	5 (29,4)	2 (11,8)	
Do lar	1 (7,1)	2 (14,3)	9 (64,3)	2 (14,3)	
Atividades domésticas	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	
Empresária/autônoma	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Pesquisadora/professora/Agente organização escolar	1 (25,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	
Outras	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	
Antidepressivo					0,794
Não	3 (10,7)	11 (39,3)	12 (42,9)	2 (7,1)	
Sim	1 (5,6)	6 (33,3)	8 (44,4)	3 (16,7)	
Diagnóstico de ansiedade					0,430
Não	2 (9,1)	7 (31,8)	11 (50,0)	2 (9,1)	
Sim	1 (4,8)	10 (47,6)	7 (33,3)	3 (14,3)	
Não sabe	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (66,7)	0 (0,0)	
Tratamento da ansiedade					0,652
Não	3 (9,7)	12 (38,7)	14 (45,2)	2 (6,5)	
Sim	1 (6,7)	5 (33,3)	6 (40,0)	3 (20,0)	
Comorbidades					0,950
Não	1 (8,3)	4 (33,3)	6 (50,0)	1 (8,3)	
Sim	3 (8,8)	13 (38,2)	14 (41,2)	4 (11,8)	
Teve COVID ou algum conhecido					0,623
Não	0 (0,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	
Sim	4 (9,8)	16 (39,0)	17 (41,5)	4 (9,8)	
Medo de morrer					0,282
Não	1 (3,1)	12 (37,5)	15 (46,9)	4 (12,5)	
Sim	3 (21,4)	5 (35,7)	5 (35,7)	1 (7,1)	
Medo de parente morrer					0,076
Não	0 (0,0)	3 (20,0)	9 (60,0)	3 (20,0)	
Sim	4 (12,9)	14 (45,2)	11 (35,5)	2 (6,5)	

ANEXO G - Classificação do WOQOL-bref para o domínio meio ambiente n=46. Ribeirão Preto-SP, 2024

WHOQOL-bref Classificação (pontuação)	Domínio Meio ambiente				Valor p* n (%)
	Necessita melhorar (1,0-2,9) n (%)	Regular (3,0-3,9) n (%)	Boa (4,0-4,9) n (%)	Muito boa (5,0)	
Faixa Etária					0,795
37 a 49	0 (0,0)	5 (83,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	
50 - 59	2 (12,5)	11 (68,8)	3 (18,8)	0 (0,0)	
≥60	1 (4,2)	14(58,3)	7 (29,2)	2 (8,3)	
UF					0,250
São Paulo	2 (5,1)	24 (61,5)	11 (28,2)	2 (5,1)	
Outros estados	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Estado civil					0,571
Solteira	0 (0,0)	7 (63,6)	4 (36,4)	0 (0,0)	
Casada	1 (5,0)	14 (70,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	
Divorciada/viúva					
Grau de Escolaridade					0,581
Fundamental incompleto/completo	1 (7,7)	11 (84,6)	1 (7,7)	0 (0,0)	
Médio incompleto/completo	2 (7,4)	15 (55,6)	8 (29,6)	2 (7,4)	
Superior/pós-graduação	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	
Ocupação					0,699
Aposentada	1 (5,9)	9 (52,9)	6 (35,3)	1 (5,9)	
Do lar	1 (7,1)	10 (71,4)	3 (21,4)	0 (0,0)	
Atividades domésticas	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	
Empresária/autônoma	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Pesquisadora/professora/Agente organização escolar	0 (0,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Outras	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	
Antidepressivo					0,387
Não	2 (7,1)	16 (57,1)	9 (32,1)	1 (3,6)	
Sim	1 (5,6)	14 (77,8)	2 (11,1)	1 (5,6)	
Diagnóstico de ansiedade					0,004
Não	2 (9,1)	9 (40,9)	9 (40,9)	2 (9,1)	
Sim	0 (0,0)	19 (90,5)	2 (9,5)	0 (0,0)	
Não sabe	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tratamento da ansiedade					0,230
Não	3 (9,7)	17 (54,8)	9 (29,0)	2 (6,5)	
Sim	0 (0,0)	13 (86,7)	2 (13,3)	0 (0,0)	
Comorbidades					1,000
Não	1 (8,3)	8 (66,7)	3 (25,0)	0 (0,0)	
Sim	2 (5,9)	22 (64,7)	8 (23,5)	2 (5,9)	
Teve COVID ou algum conhecido					0,145
Não	0 (0,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	
Sim	3 (7,3)	28 (68,3)	9 (22,0)	1 (2,4)	
Medo de morrer					0,499
Não	1 (3,1)	21 (65,6)	8 (25,0)	2 (6,3)	
Sim	2 (14,3)	9 (64,3)	3 (21,4)	0 (0,0)	
Medo de os parente morrerem					0,775
Não	0 (0,0)	10 (66,7)	4 (26,7)	1 (6,7)	
Sim	3 (9,7)	20 (64,5)	7 (22,6)	1 (3,2)	

ANEXO H - Avaliação da qualidade de vida e dos domínios do WHOQOL-bref e sintomas de ansiedade generalizada (GAD-7) n=46. Ribeirão Preto-SP, 2024

WHOQOL-bref Domínios	Sintomas de ansiedade generalizada (GAD-7)								Valor p*
	Sem sintomas (0-4)		Leve (5-9)		Moderada (10-14)		Severa (≥15)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Avaliação da sua qualidade de vida									0,128
Necessita melhorar (1,0-2,9)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Regular (3,0-3,9)	1	16,7	0	0,0	4	66,7	1	16,7	
Boa (4,0-4,9)	10	31,3	11	34,4	4	12,5	7	21,9	
Muito boa (5,0)	4	50,0	2	25,0	1	12,5	1	12,5	
Satisfação com a sua saúde									0,698
Necessita melhorar (1,0-2,9)	1	14,3	3	42,9	1	14,3	2	28,6	
Regular (3,0-3,9)	3	25,0	5	41,7	3	25,0	1	8,3	
Boa (4,0-4,9)	8	36,4	5	22,7	4	18,2	5	22,7	
Muito boa (5,0)	3	60,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	
Domínio físico									0,682
Necessita melhorar (1,0-2,9)	3	50,0	1	16,7	1	16,7	1	16,7	
Regular (3,0-3,9)	6	22,2	8	29,6	6	22,2	7	25,9	
Boa (4,0-4,9)	6	46,2	4	30,8	2	15,4	1	7,7	
Muito boa (5,0)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Domínio psicológico									0,071
Necessita melhorar (1,0-2,9)	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	
Regular (3,0-3,9)	4	16,0	9	36,0	6	24,0	6	24,0	
Boa (4,0-4,9)	9	52,9	4	23,5	3	17,6	1	5,9	
Muito boa (5,0)	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Domínio relações sociais									0,628
Necessita melhorar (1,0-2,9)	1	25,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	
Regular (3,0-3,9)	5	29,4	5	29,4	3	17,6	4	23,5	
Boa (4,0-4,9)	6	30,0	8	40,0	3	15,0	3	15,0	
Muito boa (5,0)	3	60,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	
Domínio meio ambiente									0,577
Necessita melhorar (1,0-2,9)	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	
Regular (3,0-3,9)	9	30,0	9	30,0	4	13,3	8	26,7	
Boa (4,0-4,9)	4	36,4	3	27,3	3	27,3	1	9,1	
Muito boa (5,0)	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	

ANEXO I Aprovação CEP



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/intensificados pela pandemia de COVID-19 em mulheres com câncer de mama.

Pesquisador: Cristina Santana Cruz

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 58092122.5.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.577.827

Apresentação do Projeto:

Trata-se de proposta de emenda a projeto de pesquisa já apreciado e aprovado por este CEP, Parecer Consubstanciado número 3.833.852, de 12 de fevereiro de 2021. De acordo com a pesquisadora:

Encaminhamos uma emenda referente ao projeto de pesquisa intitulado "Terapia CognitivoComportamental no alívio dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/intensificados pela pandemia de COVID-19 em mulheres com câncer de mama", registro na Plataforma Brasil – CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) Nº 58092122.5.0000.5393 em desenvolvimento por Cristina Santana Cruz aluna de pós graduação sob a orientação da Profa. Dra Marislei Sanches Panobianco para apreciação dos aspectos éticos por este Comitê de Ética em Pesquisa.

As mudanças são no título, parte dos objetivos, parte do método, e no TCLE para contemplar as alterações realizadas no projeto de pesquisa supracitado. Tal solicitação se faz necessária pelo motivo: inviabilidade da aplicação da intervenção em grupo devido ao tempo (finalização da dissertação de pós-graduação/mestrado). Encaminhamos para análise e conhecimento desse Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos as alterações e os seguintes documentos para análise:

Alterações da emenda:

Endereço: BANDEIRANTES 3900		CEP: 14.040-902	
Bairro: VILA MONTE ALEGRE			
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO		
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@eerp.usp.br		

ANEXO J



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.577.627

1- Título do projeto: "Terapia Cognitivo-Comportamental no alívio dos sintomas de ansiedade e de ^{PH} provocados/intensificados pela pandemia de COVID-19 em mulheres com câncer de mama"

Para: Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão provocados/intensificados pela pandemia de COVID-19 em mulheres com câncer de mama.

2- Alteração em parte do objetivo :

Antes: Avaliar como estão os níveis de ansiedade e depressão antes e após a aplicação da TCC, em mulheres com câncer de mama devido às medidas de prevenção à COVID-19 ou reforçados/intensificados por esse motivo.

Atual: Avaliar os níveis de ansiedade e depressão, em mulheres com câncer de mama, devido às medidas de prevenção à COVID-19 ou reforçados/intensificados por esse motivo.

Alteração destacada no documento – projeto_emenda.pdf

3- Alteração em parte do método:

Antes: aplicação dos instrumentos: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário de Pensamentos Ansiosos (IPAn).

Atual: Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7); Questionário sobre Saúde do Paciente (PHQ-9); Qualidade de Vida WHOQOL-bref.

Essa alteração se justifica, pois, após o Exame de Qualificação, a Banca sugeriu tais mudanças, sendo consideradas pertinentes para o andamento do presente estudo. Desse modo, infere-se que as alterações contribuirão para melhor avaliar os sintomas de ansiedade e depressão entre as participantes recrutadas para a pesquisa;

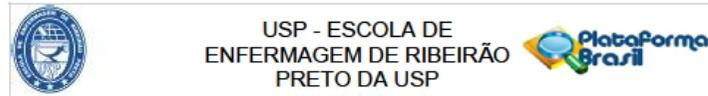
A outra alteração no método foi a exclusão do grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo conforme justificado acima. A alteração no documento – projeto_emenda.pdf

4- Alteração no TCLE: devido as alterações no protocolo estamos apresentando um novo modelo de TCLE – documento: TCLE_emenda.pdf

5- Alterações no orçamento e atualização do cronograma- documentos: orcamento_emenda.pdf, cronograma_emenda.pdf.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: oep@eerp.usp.br

ANEXO K



Continuação do Parecer: 5.577.627

Página 02 de

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o documento B_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1978286_E1.pdf, postado na PB em 08/07/2022:

Objetivo Primário:

Avaliar os níveis de ansiedade e depressão, em mulheres com câncer de mama, devido às medidas de prevenção à COVID-19 ou reforçados/intensificados por esse motivo.

De acordo com o Parecer Consubstanciado 5.501.976, de 30/06/2022:

- Avaliar como estão os níveis de ansiedade e depressão antes e após a aplicação da TCC, em mulheres com câncer de mama devido às medidas de prevenção à COVID-19 ou reforçados e intensificados por esse motivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa serão desconforto emocional frente aos conteúdos abordados por externar seus sentimentos, pois a senhora responderá a perguntas de cunho pessoal, e poderá sentir-se envergonhada em fornecer informações de sua vida durante a vivência do câncer e da pandemia do coronavírus. Ressalta-se que, caso seja verificada presença de manifestações de mobilização emocional pela participante durante o período de coleta de dados, estas serão acolhidas pela pesquisadora principal, responsabilizando-se por prestar assistência imediata e gratuita.

Benefícios:

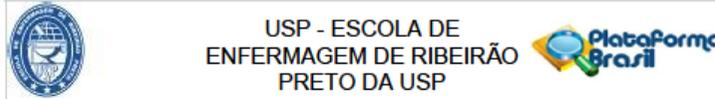
As participantes poderão ser beneficiada diretamente com o estudo podendo ter melhor entendimento, conhecimento, prevenir ou aliviar os sintomas da ansiedade e depressão, e indiretamente os resultados deste estudo poderão favorecer políticas públicas mais assertivas, fornecendo conhecimentos para auxiliar profissionais de saúde no atendimento às mulheres com câncer de mama, especialmente no que está relacionado aos sintomas de ansiedade e depressão provocados/intensificados pela pandemia da COVID19.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO L



Continuação do Parecer: 5.577.627

Página 03 de

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide tópico "Considerações Finais a Critério do CEP".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 486/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível em: <http://www.eerp.usp.br/research-comite-etica-pesquisa-relatorio/> Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_197828_6_E1.pdf	08/07/2022 15:05:05		Aceito
Outros	oficio_emenda.pdf	08/07/2022 14:56:02	Cristina Santana Cruz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_emenda.pdf	08/07/2022 14:54:40	Cristina Santana Cruz	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO M

 USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP 				
Ausência	TCLE_emenda.pdf	08/07/2022 14:54:16	Cristina Santana Cruz	Aceito
Continuação do Parecer: 5.577				
Orçamento	orcamento_emenda.pdf	08/07/2022 14:53:41	Cristina Santana Cruz	Aceito
Cronograma	cronograma_emenda.pdf	08/07/2022 14:53:23	Cristina Santana Cruz	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoemenda.pdf	08/07/2022 14:49:58	Cristina Santana Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_emenda.pdf	08/07/2022 14:54:16	Cristina Santana Cruz	Aceito

Página 04 de

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 11 de Agosto de 2022

Assinado por:

RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Página 05 de

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br