

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Sílvia Abduch Haas

**Aspectos psicológicos de pacientes
indicadas à cirurgia de exenteração
pélvica.**

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

**Porto Alegre
2015**

Sílvia Abduch Haas

Aspectos psicológicos de mulheres com câncer indicadas à cirurgia de exenteração pélvica.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Dr. Antônio Nocchi Kalil
Co-orientadora: Dra. Daniela Centenaro Levandowski

**Porto Alegre
2015**

Catálogo na Publicação

Abduch Haas, Sílvia

Aspectos psicológicos de mulheres com câncer indicadas à cirurgia de exenteração pélvica / Sílvia Abduch Haas.

-- 2015.

105 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2015.

Orientador(a): Antônio Nocchi Kalil ;
coorientador(a): Daniela Centenaro Levandowski.

1. exenteração pélvica. 2. ansiedade. 3. depressão. 4. aspectos psicológicos. 5. câncer. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Dedico este estudo a todas as mulheres, que receberam o assustador diagnóstico de câncer e foram indicadas à Exenteração Pélvica. Para aquelas que enfrentaram um tratamento tão desafiador em prol de sua vida, minha sincera admiração.

Agradeço a confiança e a oportunidade de tratar seus medos e anseios neste momento tão delicado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que compreenderam com amor os meus momentos difíceis, acreditaram no meu projeto de vida e ajudaram a conquistar a minha profissão. Vocês fazem parte desta conquista. Amo vocês.

Ao Rafael, meu marido e companheiro da vida. Em sintonia no namoro, casamento e no amor em nossa profissão. Parceiro, ego auxiliar, um incentivador profissional. Ao teu lado, é impossível não se apaixonar pela Psicologia cada dia mais. Te amo e te admiro muito.

À minha sogra e amiga, querida Cely, obrigada pelo carinho, apreço e amor por mim.

Ao Dr. Antônio Nocchi Kalil, orientador que aceitou receber no meio médico uma aluna psicóloga. Obrigada pela parceria. Minha sincera admiração pelo profissional e cirurgião que é.

À orientadora Dra. Daniela Centenaro Levandowski, modelo e exemplo profissional. Afetiva e cuidadosa como uma boa mãe, que cuida de um filho em formação, ao mesmo tempo acolhendo e encorajando para o mundo, aqui científico. Soube respeitar o meu tempo e entender que o universo da pesquisa nem sempre foi tão simples para mim. Obrigada por me ensinar a pesquisar e a conseguir transpor meu trabalho clínico à pesquisa. Agradeço a dedicação nestes anos de projetos e, agora, de concretizações.

Ao Dr. Pio Furtado, importante colaborador em nossa pesquisa. Obrigada pelo apoio e trabalho em equipe na minha jornada científica. Agradecimento extensivo aos residentes médicos que trabalharam multidisciplinarmente, almejando melhorias assistenciais aos nossos pacientes.

Às minhas chefias, Dr. Ricardo Kroef e Enf. Leila Jaggi, agradeço a confiança no meu trabalho clínico, o incentivo ao mestrado e a oportunidade de exercer a Psico-oncologia.

À Prof^a de inglês Fabrícia Ferraz, agradeço a amizade e todo o aprendizado. O mestrado também iniciou em suas aulas. És muito importante nessa caminhada.

Obrigada à Prof^a de Bioestatística e Epidemiologia, Keila Ceresér, que desde o início se desdobrou em exemplos qualitativos. Agradeço sua dedicação.

À Ms. Erika Finnoti Wutke, psicóloga de Minas Gerais, que, mesmo de longe, dividiu conhecimentos visando à ciência. Obrigada pela disponibilidade.

Às minhas estagiárias e residentes REMIS/Psicologia. Exercendo o papel de supervisora, fui educadora e docente. Obrigada pelo apoio, carinho e parceria que une nossa equipe.

Por fim, às minhas amigas e demais membros da família *Stella* que sempre torcem por mim e tentam compreender minha ausência em prol da realização dos meus sonhos profissionais.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	19
3. CAPÍTULO 1: ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA.....	20
REPERCUSSÕES EMOCIONAIS DA EXENTERAÇÃO PÉLVICA FEMININA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA (2003-2013).....	20
4. CAPÍTULO 2: ARTIGO EMPÍRICO.....	47
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E SENTIMENTOS DE MULHERES COM CÂNCER ENCAMINHADAS PARA CIRURGIA DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA^a	47
5. CONCLUSÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO	79
6. ANEXOS	82
ANEXO A - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFCSPA E DA ISCMPA.....	82
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
ANEXO C - FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	86
ANEXO D - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)	87
ANEXO E - ROTEIRO DE ENTREVISTA	89
ANEXO F - NORMAS DA REVISTA ESTUDOS DE PSICOLOGIA (PUCCAMP).....	90
ANEXO G - NORMAS DA REVISTA PSICOLOGIA, REFLEXÃO E CRÍTICA (UFRGS)	98

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELA 1. REGISTROS LOCALIZADOS E EXCLUÍDOS EM CADA BASE CONSULTADA.	
PERÍODO 2003 A 2013.....	45
FIGURA 1: ETAPAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS	46
TABELA 1. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	77
TABELA 2. RESULTADOS DA ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)	78

LISTA DE SIGLAS

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

EP - Exenteração Pélvica

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HSR - Hospital Santa Rita

ISCMPA - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

PUCCAMP - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

SP - Serviço de Psicologia

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO GERAL DA DISSERTAÇÃO

Esse estudo objetivou avaliar sinais de depressão (incluindo ideação suicida) e ansiedade em mulheres com câncer encaminhadas à cirurgia de Exenteração Pélvica (EP) e identificar as suas percepções e sentimentos frente à cirurgia. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com foco em estudos publicados entre 2003 e 2013 sobre as repercussões emocionais da EP. Utilizou-se os descritores *exenteração pélvica*, *fatores emocionais*, *sexualidade*, *depressão* e *ansiedade*, de forma combinada, para consultas às bases PsycINFO, PubMed, LILACS e SciELO. Foi encontrado um número pequeno de artigos publicados sobre o tema, sendo que apenas quatro artigos de língua inglesa foram analisados de acordo com seu tema, objetivos, metodologia e principais resultados e conclusões. Predominou o delineamento quantitativo, com o emprego de instrumentos estruturados. Quanto ao tema, destacou-se a qualidade de vida. Os principais achados e conclusões referem-se ao abalo emocional vivido por essas mulheres devido às alterações da imagem corporal após a cirurgia, principalmente pelo uso das ostomias. Para estudos futuros, destaca-se a importância da ampliação dos descritores e das bases consultadas. Posteriormente, foi realizada uma pesquisa de campo com seis mulheres (37 a 64 anos) que estavam em tratamento oncológico em um hospital de Porto Alegre/RS. Elas responderam a uma ficha de dados sociodemográficos, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e uma entrevista semiestruturada, que foi analisada por meio de análise de conteúdo qualitativa. Verificou-se altos níveis de ansiedade e depressão entre as participantes (50% e 66,7%, respectivamente) no período pré-operatório. Esses achados foram corroborados pelas entrevistas, nas quais emergiram tanto dúvidas e medos quanto ao resultado cirúrgico, quanto expectativas de cura do câncer. Também medo, preocupação e ansiedade frente às ostomias foram identificados. Considera-se que a indicação da EP tem repercussões no âmbito psicológico, que se somam às vivências prévias de diagnóstico e tratamento do câncer. Estudos longitudinais poderão ampliar a compreensão do impacto dessa cirurgia, considerando também o período pós-operatório.

Palavras-chave: exenteração pélvica; mulher; câncer; depressão; ansiedade; sentimentos.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate signs of depression (including suicidal ideation) and anxiety in women with cancer referred to Pelvic Exenteration (PE) and to identify their perceptions and feelings before undergoing this surgery. This study was based on a systematic review of the literature, which included studies focusing on the emotional repercussions of PE published between 2003 and 2013. The descriptors used to search on the PubMed, LILACS, SciELO and PsycInfo databases, in a combined manner, were: pelvic exenteration, emotional factors, sexuality, depression and anxiety. A few articles on the topic were found and only four English language articles were analyzed according to their topic, objectives, methods, main results and conclusions. There was a predominance of quantitative design, by using structured instruments. Quality of life was highlighted as the main topic and the main findings and conclusions referred to the emotional turmoil experienced by these women because of changes in body image following surgery, which includes the use of a collecting waste bag. Future research should enlarge the descriptors employed and the databases. After this, a field research was conducted with six women (aged between 37 and 65 years) undergoing cancer treatment at a hospital in the city of Porto Alegre-RS. Sociodemographic data were collected and all participants were evaluated by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and answered a semi-structured interview, which was analyzed qualitatively, by qualitative content analysis. It was observed that preoperative anxiety and depression were experienced by the participants (50% and 66.7%, respectively). These findings corroborated those obtained from the interviews, which showed participants' doubts and fears regarding the surgical outcomes, as well as expectations for cancer cure. Anxiety, fear and worries about the ostomies also emerged. The referral to PE seems to present psychological consequences, which are added to previous diagnostic and cancer treatment experiences. Longitudinal studies may contribute to a broader understanding of the impact of this surgery, considering the postoperative period too.

Key words: pelvic exenteration; woman; cancer; depression; anxiety; feelings.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a incidência do câncer vem crescendo, mesmo com as inúmeras campanhas governamentais de prevenção lançadas a cada ano no país e o incentivo às revisões médicas periódicas. O câncer de colo de útero, também chamado de câncer cervical, é apontado como o quarto tumor mais frequente como causa de morte entre as mulheres brasileiras. Estimativas realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014) mostram que, para o ano de 2014, mais de 15 mil mulheres seriam diagnosticadas com este tipo de tumor.

No mundo, aproximadamente 291 milhões de mulheres são portadoras do Papilomavírus Humano (HPV), sendo este considerado uma das principais causas do surgimento das lesões precursoras e do próprio câncer cervical. Entretanto, outros aspectos ligados à imunidade, genética, comportamento sexual, tabagismo, sobrepeso e vida sedentária também são considerados como fatores de risco para o desenvolvimento dessa enfermidade (INCA, 2014). Em virtude disso, torna-se fundamental, para a melhoria da saúde das mulheres, o seguimento de campanhas informativas para essa população, já que é necessária a sensibilização a respeito da necessidade de maiores investimentos na sua prevenção, o que inclui a realização de exames periódicos.

Sabe-se que a experiência de ter câncer de colo uterino e dos tratamentos indicados (quimioterapia, radioterapia e braquiterapia) faz com que as mulheres sofram um impacto emocional importante (CASTRO; ARETZ; LAWRENZ; ROMEIRO; HAAS, 2013). Além desses procedimentos, para as pacientes com câncer de colo de útero avançado ou recorrente, câncer de reto e outros tipos de câncer ginecológico, também pode ser indicada, como recurso terapêutico, a Exenteração Pélvica (EP). Essa indicação ocorre em 78% das pacientes e independe da idade cronológica, já que as taxas de morbidade, mortalidade e a sobrevida são semelhantes para mulheres mais jovens e para aquelas com idade superior a 65 anos (FRANCO, 2008).

A EP é uma técnica cirúrgica radical, que abrange a remoção de órgãos pélvicos, como a vagina, vulva, períneo, bexiga, útero, ânus e uretra (BRUNSCHWIG; DANIEL, 1955; HYPÓLITO DA SILVA; 2007; COSTA; TEIXEIRA; LUPINACCI, 2008; GARZA; WILSON; BEHBAKHT, 2009). Este tipo

de cirurgia iniciou em 1948, com Brunschwig, que foi consagrado precursor da técnica. Essa ressecção geralmente é realizada quando as pacientes são contraindicadas para novos ciclos de quimioterapia e radioterapia. Assim, acaba por ser considerada uma segunda chance de vida (CARTER ET AL., 2004).

Cada modalidade da EP acomete uma parte diferente do corpo da mulher. A EP Supra-elevadora preserva o assoalho pélvico, mas resseca a parte inferior da vagina, vulva ou períneo, incluindo ânus e uretra. Ela é indicada para tumores pélvicos que não envolvam o aparelho esfíncteriano, na maioria das vezes podendo preservá-lo. Por sua vez, na EP Anterior, os órgãos comprometidos são a bexiga e o útero. Essa modalidade é indicada para casos menos comprometidos pelo câncer. Já a EP Posterior irá abranger a parede posterior da vagina, o reto e o útero (BRUNSCHWIG; DANIEL, 1955; HYPÓLITO DA SILVA; 2007; COSTA; TEIXEIRA; LUPINACCI, 2008; GARZA; WILSON; BEHBAKHT, 2009). Por fim, a EP Estendida costuma ser indicada nos casos da ressecção de partes moles e segmento do púbis, incluindo ou não a vulva e o intestino delgado (FRANCO, 2008).

Como se percebe, essa cirurgia é repleta de “retaliações” ao corpo da mulher e geralmente acarreta o uso de bolsas coletoras (urostomia e/ou colostomia). Dessa forma, as pacientes precisarão conviver com um “novo corpo”, assimilando e elaborando uma nova imagem corporal. Entretanto, não se pode esquecer que se trata de pacientes que já se encontram sensibilizadas, visto o andamento do tratamento oncológico.

Segundo Moraes (2003), ao receber o diagnóstico de câncer, em sua grande maioria, os pacientes desorganizam-se psicologicamente, pois acreditam que vão morrer em breve, passando a vivenciar um momento de crise. Desta forma, cada paciente lidará com o diagnóstico e o tratamento de forma única, mais ou menos dificultosa, de acordo com sua história de vida, seus traços de personalidade, recursos egóicos e mecanismos de defesa utilizados. Nessa condição, particularmente quando se considera a EP, o papel psicossocial da mulher encontra-se ameaçado, e a resolução de questões referentes ao adoecimento e seu impacto nesse papel dependerá dos recursos internos de que cada paciente dispõe (NEME; BREDARIOLLI, 2010; TALGHAM, 2011).

Diante disso, considera-se fundamental que as candidatas à EP sejam submetidas a uma avaliação criteriosa e acompanhadas por uma equipe

multidisciplinar (PUSIC; MEHRARA, 2006; FRANCO, 2008). Além disso, é essencial que o cônjuge seja orientado sobre os aspectos que envolvem a cirurgia e os cuidados com as possíveis ostomias (FRANCO, 2008).

Todos esses fatores que envolvem a doença, a hospitalização e os tratamentos podem ser geradores de ansiedade e depressão, acarretando sofrimento e desgaste emocional a essas mulheres. A ansiedade é um sentimento intrínseco ao desenvolvimento humano, propulsor de mudanças, experimentado de modo único e pessoal. Quando não é desproporcionalmente intensa, pode melhorar o desempenho global, promover soluções criativas e estimular a cooperação. Contudo, é um sinal de alerta diante da sensação de uma ameaça ou perigo iminente. É natural, portanto, ante o adoecimento, a ansiedade frente a um exame, uma cirurgia, uma internação, ou mesmo o seu surgimento após a comunicação de um diagnóstico (CABRERA; SPONHOLZ JR., 2012).

Já a depressão pode ser decorrente de situações de luto, neste caso, considerando-se a EP, originado da perda de partes do corpo. Essa condição pode desencadear quadros depressivos reativos, como também evoluir para um transtorno depressivo maior, principalmente quando se verifica a presença de outras comorbidades associadas (DSM-V, 2014). Por isso, cabe ao psicólogo hospitalar realizar um atendimento detalhado junto ao paciente, investigando a presença de transtornos mentais prévios, histórico de doença mental familiar e reações frente aos momentos estressantes, dentre outros aspectos (FONGARO; SEBASTIANI, 2003). Dessa maneira, o profissional poderá conhecer a paciente e ajudá-la no enfrentamento dessa cirurgia, que sempre é um momento de estresse ao paciente oncológico. Nesse sentido, também Talgham (2011) refere que as cirurgias ginecológicas podem ser mutilantes e afetar o esquema corporal e o psiquismo das mulheres, gerando, assim, angústia e ansiedade. Portanto, as reações físicas, emocionais e estéticas que o câncer traz aos pacientes não devem ser subestimadas, nem o impacto que ele gera na família (ESTAPÉ, 2001; TALGHAM, 2011).

Diante do exposto e da prática diária da mestrandia no Hospital Santa Rita (HSR), Centro de Diagnóstico, Prevenção e Tratamento do Câncer, da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, local no qual atua como psicóloga coordenadora do Serviço de Psicologia (HSR), é que deriva o interesse para a realização de um estudo com mulheres que receberam a indicação para a EP. O

atendimento de casos dessa natureza motivou o estudo do universo feminino, particularmente das peculiaridades da EP e de suas repercussões emocionais, tendo em vista o abalo psíquico observado nessas pacientes durante a internação. A partir desse interesse, verificou-se que existem poucas publicações nacionais e internacionais sobre os aspectos emocionais envolvidos nessa cirurgia e na sua indicação. Sendo assim, visando contribuir com essa lacuna da literatura, desenvolveu-se o presente estudo, com o intuito de aprofundar o conhecimento desta população.

Desse modo, apresenta-se os objetivos do estudo, seguidos dos dois artigos que compõem essa Dissertação de Mestrado. O primeiro deles é um artigo de revisão sistemática da literatura, com foco nos aspectos emocionais da EP, intitulado *“Repercussões emocionais da exenteração pélvica feminina: Revisão sistemática da literatura (2003-2013)”*. Esse artigo encontra-se formatado conforme as normas da revista Estudos de Psicologia (PUCCAMP), veículo para o qual está prevista a sua submissão. Observa-se que, através dos descritores empregados nas consultas às bases PsycINFO, PubMed, LILACS e SciELO, foi encontrado um número pequeno de artigos publicados sobre o tema, muito embora a intensidade das repercussões emocionais desse procedimento. Dentre os quatro artigos analisados (três empíricos e um de revisão de literatura), a ênfase temática recaiu na qualidade de vida e a metodologia predominante foi a quantitativa. Os principais achados e conclusões referem-se ao abalo emocional vivido por essas mulheres devido às alterações da imagem corporal após a cirurgia, principalmente pelo uso das ostomias.

Em seguida apresenta-se um artigo empírico, que relata a pesquisa de campo realizada no HSR entre agosto de 2013 e junho de 2014, na qual foram entrevistadas seis pacientes indicadas à EP. Esse artigo intitula-se *“Ansiedade, depressão e sentimentos de mulheres com câncer encaminhadas para cirurgia de exenteração pélvica”* e está formatado conforme as normas da revista Psicologia, Reflexão e Crítica. Todas as pacientes indicadas à EP no período referido no HSR foram convidadas a participar do estudo. De modo geral, os achados revelaram as implicações emocionais da indicação da EP. Verificou-se a presença de ansiedade e depressão entre as participantes (50% e 66,7%, respectivamente) no período pré-operatório. Destacou-se a presença de sentimentos diversos em relação ao procedimento, tais como dúvidas e temores frente às ostomias e aos

resultados cirúrgicos e expectativas positivas em relação à cura do câncer. Ao final, encontram-se as conclusões gerais da Dissertação.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRUNSCHWIG, Alexander; DANIEL, William. Observations on the urinary tract four to seven years after total pelvic exenteration and wet colostomy. **Annals of Surgery**, New York, v. 142, n. 4, p. 729-738. Apr. 1955.

CABRERA, Catalina Camas; SPONHOLZ JR., Alcion. Ansiedade e insônia. In: BOTEGA, J. N. (Org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 411-429.

CARTER, Jeanne; CHI, Dennis; ABU-RUSTUM, Nadeem; BROWN, Carol L.; MCCREATH, Wayne; BARAKAT, Richard. Brief report: Total pelvic exenteration - A retrospective clinical needs assessment. **Psycho-Oncology**, New York, v.13, n. 2, p.125-131. Dec. 2004.

CASTRO, Elisa Kern de; ARETZ, Magnória; LAWRENZ, Priscila; ROMEIRO, Fernanda Bittencourt; HAAS, Sílvia Abduch. Illness perceptions in Brazilian women with cervical cancer, women with precursory lesions and healthy women. **Psicooncologia**, Madrid, v. 10, n. 2-3, p. 417- 423. Oct. 2013.

COSTA, Sérgio Renato Pais da; TEIXEIRA, Alexandre Chartuni Pereira; LUPINACCI, Renato Arioni. A exenteração pélvica para o câncer de reto: Avaliação dos fatores prognósticos de sobrevida em 27 pacientes operados. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, São Paulo, v.1, n. 28, p.7-18. Jan/mar 2008.

ESTAPÉ, Tania. Disfunciones sexuales em pacientes de câncer. In: DURÁ, Maria do Rosário Dias Estrella (Org.). **Territórios da Psicologia Oncológica**. Lisboa: Climepsi, 2001. p. 481-492.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativas 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 13 dez. 2014.

FONGARO, Maria Lúcia Hares; SEBASTIANI, Ricardo Werner. Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **E a Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 2003. p. 5-55.

FRANCO, Vanessa Ferreira. Exenteração pélvica no câncer ginecológico. In: SANTOS, Carlos Eduardo Rodrigues; MELLO, Eduardo Linhares Riello de (Orgs.). **Manual de Cirurgia Oncológica**. 2 ed. São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 593-603.

GARZA, Joseph de la; WILSON, S. Shandra; BEHBAKHT, Kian. Total pelvic exenteration with a split-thickness skin graft neovagina, continent orthotopic neobladder and rectal reanastomosis, resulting in no external ostomies and adequate sexual function. **Gynecologic Oncology**, New York, v. 115, n. 2, p. 312-313. Aug. 2009.

HYPÓLITO DA SILVA, José. Exenteração pélvica e tratamento do câncer. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 283. Out/dec. 2007.

MORAES, Maria Carolina. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: CARVALHO, Maria Margarida M. J. (Org.). **Introdução à Psiconcologia**. São Paulo: Livro Pleno, 2003. p. 57-63.

NEME, Carmen Maria Bueno; BREDARIOLLI, Rita Nathália Berti. Mulheres com câncer de mama, de útero e de ovários: Estudos clínicos de casos. In: NEME

Carmen Maria Bueno (Org.). **Psico-Oncologia: Caminhos e Perspectivas**. São Paulo: Summus, 2010. p. 99-147.

PUSIC, Andrea L.; MEHRARA, Babak J. Vaginal reconstruction: An algorithm approach to defect classification and flap reconstruction. **Journal of Surgical Oncology**, New York, v. 94, n. 6, p. 515-521. Oct. 2006.

TALGHAM, Carolina. Una mirada psicoanalítica acerca del cáncer ginecológico. In: ALKOLOMBRE, Patrícia (Org.). **Travesías del Cuerpo Feminino**. Buenos Aires: Letra Viva, 2011. p. 233-262.

2. OBJETIVOS

Avaliar sinais de depressão (incluindo ideação suicida) e ansiedade em mulheres com câncer encaminhadas à cirurgia de Exenteração Pélvica.

Identificar as percepções e sentimentos dessas mulheres frente à Exenteração Pélvica.

3. CAPÍTULO 1: ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA

(A ser submetido para a revista Estudos de Psicologia – PUCCAMP, Classificação QUALIS CAPES A2 - Psicologia)

Repercussões emocionais da exenteração pélvica feminina: Revisão sistemática da literatura (2003-2013)¹

Emotional impact of female pelvic exenteration: A systematic review of literature (2003-2013)

Título abreviado: **Repercussões emocionais da exenteração pélvica**

Sílvia Abduch Haas

Hospital Santa Rita, Centro de Câncer - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Daniela Centenaro Levandowski

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Antônio Nocchi Kalil

Serviço de Cirurgia Oncológica, Hospital Santa Rita - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

¹ Esse trabalho faz parte da Dissertação de Mestrado da primeira autora, orientada pelo terceiro autor e coorientada pela segunda autora, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA.

Informações para correspondência:

Sílvia Abduch Haas, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.
Hospital Santa Rita. Rua Sarmento Leite, 187. Administração, 3º andar. Porto
Alegre, RS. Brasil. CEP: 90050-170. Telefone: 55 51 32148436. Email:
silvia.haas@santacasa.tche.br

**Repercussões emocionais da exenteração pélvica feminina: Revisão
sistemática da literatura (2003-2013)**

**Emotional impact of female pelvic exenteration: A systematic review of
literature (2003-2013)**

Título abreviado: **Repercussões emocionais da exenteração pélvica**

Resumo

A exenteração pélvica (EP) é uma técnica cirúrgica radical, indicada para tumores avançados de colo de útero e reto, dentre outros. Nesse estudo realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com foco em artigos científicos publicados na última década (2003-2013) sobre as repercussões emocionais da EP para a população feminina. Foram localizados 59 artigos nas bases PsycINFO, PubMed, LILACS e SciELO, usando como descritores “exenteração pélvica”, “fatores emocionais”, “sexualidade”, “depressão” e “ansiedade”. Destes, quatro artigos (três empíricos e um de revisão de literatura) foram considerados para análise, baseada no tema, objetivos do estudo, metodologia e principais resultados e conclusões. Predominou o delineamento quantitativo, com o emprego de instrumentos estruturados em pacientes alemãs e norte-americanas. Quanto ao tema, destacou-se a qualidade de vida. Os principais achados e conclusões referem-se ao abalo emocional vivido por essas mulheres devido às alterações da imagem corporal após a cirurgia, principalmente pelo uso das ostomias.

Palavras-chave: exenteração pélvica; sexualidade; depressão; ansiedade.

Abstract

Pelvic exenteration (PE) is a radical surgery mostly indicated for advanced cancers of uterus, cervix, and rectum, among others. In this study, a systematic review of the literature was carried out, focusing on scientific papers on the emotional repercussions of the PE for female population published in the past decade (2003-2013). A total of 59 articles were found on PubMed, LILACS, SciELO and PsycInfo databases, using the following descriptors: pelvic exenteration, emotional factors, sexuality, depression and anxiety. Four articles (three empirical and one of literature review) were considered for analysis, which was based on the theme, objectives, methodology, main results, and conclusions. A quantitative research design was predominant; data were collected using structured instruments with German and American patients. Emphasis was given to quality of life. The main findings and conclusions refer to the emotional impact experienced by these women because of changes in their body after surgery, which included the use of ostomies.

Keywords: pelvic exenteration; sexuality; depression; anxiety.

Introdução

A Exenteração Pélvica (EP) é uma cirurgia oncológica de grande porte, que pressupõe um longo período de hospitalização. Esse tipo de cirurgia foi descrito pela primeira vez em 1940 por Bricker. Porém, foi Alexandre Brunschwig que, em 1948, recebeu o mérito do procedimento, após a publicação de um relato de 22 casos operados (Costa, Teixeira, & Lupinacci, 2008; Garza, Wilson, & Behbakht, 2009).

Embora a EP também seja realizada em indivíduos do sexo masculino, em se tratando de mulheres, esta técnica cirúrgica radical abrange a remoção de órgãos pélvicos, como o útero, os ovários e a vagina (Carter et al., 2004). A indicação para este procedimento ocorre em 78% dos casos de tumores primários avançados de colo do útero ou recidivados (Franco, 2008). Cabe salientar que, no Brasil, o tumor de colo do útero, também chamado de câncer cervical, é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, sendo a quarta causa de morte dentre este público, conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014).

A EP tem o intuito de oferecer sobrevida mais prolongada e melhor qualidade de vida aos pacientes. Nos casos de câncer de reto primário localmente avançado, o índice de sobrevida depois de cinco anos pode chegar a 60%, superando em muito a estimativa de 5% de sobrevida no mesmo período para pacientes acometidos pela mesma patologia, mas submetidos somente a tratamentos radio e quimioterápicos (Carter et al., 2004; Costa et al., 2008). Tais índices demonstram, portanto, o quanto a cirurgia, quando bem indicada, pode prolongar a vida dos pacientes. A EP também pode ser indicada em alguns casos de tumores de ovário, vulva, endométrio, vagina, reto, bexiga, próstata,

melanomas e sarcomas pélvicos, sendo contra-indicada em casos de câncer metastático (Franco, 2008).

Ao longo dos anos, esta intervenção também vem adquirindo particularidades, que propiciam a redução da mortalidade cirúrgica de 23% para menos de 5%. Assim, com o avanço das técnicas e dos cuidados no pós-operatório, a EP tem mostrado sua eficácia no âmbito curativo em neoplasias pélvicas avançadas e/ou para recidivas pélvicas isoladas. As taxas de morbidade, mortalidade e a sobrevida tem se apresentado semelhantes tanto para mulheres mais jovens quanto entre aquelas acima de 65 anos (Franco, 2008).

Dependendo do tipo de doença e do avanço da mesma, pode haver maior ou menor sequela ao corpo da paciente após a cirurgia. Nesse sentido, a EP Posterior acomete o reto, o útero e a parede posterior da vagina, sendo necessário o uso de bolsa de colostomia. Já na EP Anterior, os órgãos comprometidos são a bexiga e o útero. Visando à continuidade intestinal, é utilizada, em alguns casos menos comprometidos pelo câncer, a EP Supra-elevador, preservando então a porção distal do reto e o diafragma urogenital (Hypólito da Silva, 2007). Por fim, a EP também pode ser chamada de Estendida no caso da ressecção de estruturas associadas, como o intestino delgado, as partes moles e o segmento do púbis, incluindo ou não a vulva (Franco, 2008).

Devido à peculiaridade do processo, a candidata deverá passar por uma seleção criteriosa para a cirurgia e deve ficar aos cuidados de uma equipe multidisciplinar. Tanto ela quanto o cônjuge (se houver) devem estar orientados sobre os aspectos que envolvem o procedimento e os cuidados com as possíveis ostomias (urinária e/ou intestinal), procurando-se também identificar o desejo de realização de uma neovagina (Franco, 2008). De fato, cabe à equipe médica

transmitir, de forma clara, objetiva e gradual, as informações sobre as consequências do procedimento, retomando sempre as eventuais dúvidas da paciente (Turns, 2001). Nessa perspectiva, Wright et al. (2006) reforçam a importância de uma comunicação clara e específica entre a equipe e as pacientes sobre os efeitos colaterais e as possíveis sequelas da cirurgia, salientando que aproximadamente 75% das mulheres sofrerão efeitos colaterais físicos e enfrentarão um longo período de recuperação.

Em função das características do procedimento e de suas sequelas, é comum as pacientes apresentarem problemas psicológicos, inclusive referentes à sexualidade, neste período (Turn, 2001; Carter et al., 2004; Pusic & Mehrara, 2006; Rezk et al., 2013). Contudo, em estudo realizado por Cesnik et al. (2013) com mulheres com câncer de mama e mastectomizadas na cidade de Ribeirão Preto (São Paulo), não foi encontrado um padrão de resposta pré-estabelecido em relação às repercussões dessa condição na sexualidade. Esse achado reforça a importância de uma avaliação individual, visto que a experiência do processo de doença e tratamento é singular a cada paciente.

De qualquer modo, mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero tendem a experimentar sentimentos de desesperança, dúvidas e, não raro, ideação suicida. Portanto, verifica-se que a doença pode trazer prejuízos à qualidade de vida, às relações familiares e sociais, bem como ao próprio tratamento (Maldonado et al., 2011). De fato, o diagnóstico do câncer tem um impacto psicológico importante, que pode acarretar em sintomas de depressão. Ainda, quando há a necessidade de internação, sentimentos de abandono e isolamento podem emergir, já que, em alguns casos, dá-se um rompimento dos laços afetivos e profissionais (Moraes, 2003). Em virtude disso, Botega (2012)

refere que aproximadamente 39% de pacientes internados em enfermarias sofrem de sintomas de ansiedade e/ou depressão.

Entretanto, os conflitos e dificuldades emocionais que perpassam a descoberta desta doença não se restringem à internação e à cirurgia. Ao contrário, eles poderão ser evidenciados ao longo do tratamento no que se refere à quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia (Huff & Castro, 2011). Particularmente no caso das pacientes submetidas à EP, é preciso destacar a necessidade de elaboração da dor pela amputação de partes do corpo que são tradicionalmente símbolos da feminilidade (Neme & Bredariolli, 2010), como a vagina e o útero, por exemplo. A partir dessas mudanças corpóreas, a sexualidade e a imagem corporal são de alguma forma atingidas, tornando-se foco de incertezas e sofrimento, o que pode acarretar prejuízos psicossociais (Hawighrst-Knapstein et al., 2004). Dessa forma, mulheres submetidas à EP podem se encontrar deprimidas e angustiadas e apresentar diminuição das atividades sexuais, da satisfação e da excitação sexual (Andersen & Hacker, 1983).

Muitos desses sentimentos e repercussões podem estar vinculados à presença de uma ostomia (intestinal e/ou urinária), que se constitui em uma cirurgia para a construção de um novo trajeto para a saída da urina (urostomia) e das fezes (colostomia ou ileostomia; INCA, 2014). Tal procedimento gera mudanças no estilo de vida da pessoa e de seus familiares, caracterizando uma invasão da intimidade física e psicológica. Por isso, podem emergir conflitos e desorganização mental, bem como alteração nas relações sociais e profissionais (Menezes, 2008; Paula, Takahashi, & Paula, 2009), além de um prejuízo

importante nas relações conjugais dessas pacientes (Carter et al., 2004; Huff & Castro, 2011).

A insatisfação com o corpo parcialmente desfigurado e a perda do controle indicada pela presença das ostomias podem acarretar diminuição da auto-estima e isolamento social. Uma vez que estes sentimentos, pensamentos e temores sejam identificados por profissionais especializados, as pacientes, seus parceiros e seus familiares poderão ser auxiliados na busca de estratégias para o manejo dessa situação, que promovam uma melhor adaptação e reabilitação (Paula et al., 2009). Assim, compreende-se a necessidade de auxílio psicológico e apoio familiar para o enfrentamento dessas questões.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou realizar uma revisão sistemática da literatura, com foco em artigos científicos publicados na última década (2003-2013), que envolvessem as repercussões emocionais da EP para a população feminina. Muito embora a importância do tema, artigos científicos nacionais e internacionais, em sua maioria, abordam situações clínicas relativas à EP, enfocando questões médicas, tais como a casuística da enfermidade, a descrição dos métodos cirúrgicos e relatos de casos operados. Todavia, sabe-se que as repercussões emocionais desse procedimento podem ser intensas e necessitar de uma atenção multiprofissional, motivo pelo qual os aspectos emocionais merecem ser investigados. A partir desse mapeamento da literatura existente, espera-se contribuir com as equipes de saúde, para que adquiram maior conhecimento sobre a população referida e, assim, possam melhor qualificar a assistência às pacientes, seus parceiros e familiares.

Método

Primeiramente foi realizada uma consulta, em maio de 2014, às bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), PubMed/Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e PsycINFO, na qual foram empregados, de forma combinada, os seguintes termos descritores, em português e inglês: exenteração pélvica, fatores emocionais, sexualidade, depressão e ansiedade. A pesquisa compreendeu a localização de artigos científicos publicados entre 2003 e 2013 nos idiomas inglês, português e espanhol, com acesso online gratuito e na íntegra.

A partir da consulta às bases de dados, foram encontrados 59 registros, todos em língua inglesa, nas plataformas *Lilacs* e *PubMed/Medline*. Nenhum registro foi localizado nas outras duas bases. A Tabela 1 apresenta o processo de busca dos artigos para análise, considerando as bases consultadas e os seus respectivos registros.

INSERIR TABELA 1

Dos 59 registros localizados, 46 referiam-se a artigos que se encontravam fora do período de publicação estipulado, restando 13 registros para análise. Após a leitura dos títulos desses 13 registros, foram descartados três devido à repetição ou duplicidade e quatro devido ao título, já que o tema se encontrava fora do escopo do presente artigo (relação médico-paciente após o tratamento do câncer). Dos seis registros restantes, dois estavam indisponíveis para acesso na íntegra e foram também excluídos. Ao final, restaram, então, quatro artigos para análise. A Figura 1 ilustra as etapas do processo de seleção dos artigos.

INSERIR FIGURA 1

Destaca-se que, dentre os quatro artigos restantes para análise, três eram empíricos e um deles de revisão da literatura. Esses quatro artigos foram lidos na íntegra e analisados com destaque para as seguintes informações: tema, objetivos do estudo, metodologia utilizada e principais resultados e conclusões. Após, foi feita uma análise global do material selecionado, com destaque para as suas particularidades e semelhanças.

Resultados

Nessa seção, optou-se por apresentar cada um dos artigos individualmente, com base nos aspectos analisados, iniciando-se pelos artigos empíricos, em ordem cronológica, seguidos do artigo de revisão da literatura.

Dentre os artigos empíricos, Hawighorst-Knapstein et al. (2004) avaliaram o impacto do tratamento do câncer genital na qualidade de vida (QV) e na imagem corporal de mulheres alemãs, a fim de determinar as necessidades das pacientes relacionadas às demandas terapêuticas antes e depois da EP. Este estudo prospectivo, realizado entre 1993 e 2003, considerou também pacientes com câncer de mama. Contudo, devido ao foco do presente estudo, serão apresentados apenas os achados referentes ao câncer cervical.

Participaram da pesquisa 129 pacientes com esse tipo de câncer, as quais foram organizadas em dois grupos: realização da EP e realização do procedimento de Wertheim. Esta segunda cirurgia é menos mutiladora do que a EP, sendo necessária somente a exenteração de uma pequena parte superior da vagina, embora também sejam ressecados o útero, os paramétrios e os linfonodos. Contudo, tal procedimento preserva as funções sexuais das pacientes.

Todas as mulheres foram avaliadas em três tempos: período pré-operatório, quatro e 12 meses após a cirurgia. Para a avaliação da QV e da

imagem corporal das pacientes, foram utilizadas cinco dimensões de análise: saúde física, saúde psicossocial, status conjugal e sexual e interação com a equipe médica. Estes aspectos foram avaliados por meio do EORTC QLQ (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire*) e do CARES (*Cancer Rehabilitation Evaluation System*).

Hawighorst-Knapstein et al. (2004) referem que, em ambos os grupos, os problemas sexuais acarretaram o maior impacto na QV, com destaque para as pacientes que não haviam realizado nenhuma cirurgia reconstrutiva e também para aquelas que foram submetidas à quimioterapia e radioterapia adjuvante. Em ambos os grupos, a atração física, a autoconfiança e as preocupações com a imagem corporal pioraram significativamente no período pós-operatório em comparação ao panorama encontrado antes da cirurgia, apresentando um declínio no decorrer do tratamento. Por sua vez, as preocupações das pacientes com as famílias persistiram no tempo, caracterizando-se, juntamente com o medo da recidiva, como um dos aspectos mais importantes relativos à QV das mesmas.

As diferenças na QV no período pós-operatório entre as pacientes que realizaram a EP e aquelas que realizaram o procedimento de Wertheim podem ser explicadas, de acordo com os autores, pela possibilidade de reconstrução. Assim, mulheres com uma ostomia ou nenhuma mostraram uma QV aceitável, mas aquelas com duas ostomias apresentaram uma redução significativa no escore de QV global. Desse modo, o uso de bolsas coletoras mostrou-se um aspecto importante, já que foi observada uma diferença significativa também na imagem corporal dessas últimas pacientes. De modo geral, segundo Hawighorst-Knapstein et al. (2004), os resultados apontam que, para a QV futura das pacientes, é importante, na medida do possível, não só oferecer uma cirurgia

reconstrutiva, mas também integrar aspectos psicossociais na avaliação e na assistência realizada no pré-operatório, oferecendo suporte dessa natureza durante todo o tratamento médico.

No mesmo ano, Carter et al. (2004) conduziram um estudo em Nova Iorque, no qual objetivaram revisar as preocupações de mulheres que realizaram a EP, para esclarecer as áreas a serem enfatizadas em um futuro estudo prospectivo sobre QV. Este estudo avaliou 11 mulheres com histórico de câncer ginecológico e que haviam realizado EP total nos últimos quatro anos. Dessas, seis participantes foram entrevistadas por telefone, momento no qual foi solicitado que falassem sobre seus sentimentos em relação à cirurgia. Através da análise dos seus relatos, emergiram preocupações com a recuperação, complicações cirúrgicas e médicas, a ostomia, o suporte social, a sexualidade, a exposição e o medo da recidiva.

Os achados da investigação indicaram um decréscimo da atividade e do interesse sexual e dificuldades das pacientes com a imagem corporal. Embora nenhuma delas tenha se mostrado arrependida frente à cirurgia, e todas disseram ter recebido informações sobre o pós-operatório, destaca-se a unanimidade no que tange à surpresa pela lentidão de sua recuperação. Durante esse processo, tristeza e depressão apareceram em 67% das participantes, e quase todas apresentaram culpa em relação a sentirem-se um fardo para as suas famílias.

Carter et al. (2004) observaram também uma resistência das mulheres para revelar informações sobre o processo exenterativo. Todas as participantes expressaram relutância em falar sobre a cirurgia e o impacto do seu corpo em sua rede familiar e social. De fato, apenas uma participante sentiu-se confortável para deixar um membro da família (adulto) e um filho verem as mudanças em seu

corpo. As razões citadas pelas mulheres para este desconforto foram vergonha e medo da rejeição e de serem estigmatizadas. Nessa perspectiva, cinco das seis mulheres relataram uma auto-imagem negativa, considerando as mudanças corporais, em especial as ostomias. Entretanto, mesmo sentindo-se desconfortáveis, todas cuidaram de suas ostomias, embora uma delas desejasse ter tido mais suporte em relação a tal aspecto.

O medo da recidiva do câncer apareceu com maior intensidade naquelas participantes que apresentavam um pós-operatório mais recente, o que correspondia à metade do público pesquisado. De modo geral, Carter et al. (2004) apontaram que o estudo corrobora a literatura, que indica uma depressão mais intensa no período de recuperação e, como tema mais relevante, o impacto negativo da EP na sexualidade, particularmente a diminuição do interesse sexual.

Embora esse estudo traga uma contribuição importante para a compreensão e a assistência dessas mulheres, demonstrando a relevância de uma avaliação cuidadosa das candidatas à EP por uma equipe multiprofissional, os próprios autores mencionam como uma limitação a inclusão de pacientes em diferentes etapas do pós-operatório (Carter et al., 2004). Assim, estudos futuros deveriam padronizar essa variável (tempo de cirurgia).

Mais recentemente, em um estudo de caso, Garza et al. (2009) relataram o procedimento cirúrgico de EP total em uma paciente americana de 43 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma grau III. No mesmo momento cirúrgico foi realizada a construção da neovagina, uma neobexiga e uma anastomose colorretal (reconstrução do trânsito colorretal), pois esta paciente apresentou motivação para a técnica não invasiva, não desejando o uso das ostomias. Especificamente neste caso, devido à técnica utilizada, não foi necessário o uso

de bolsas coletoras. Sendo assim, após três anos e meio do diagnóstico, a paciente encontrava-se livre de doença, sexualmente ativa e com as funções excretoras preservadas.

Conforme os autores, com os avanços nos cuidados médicos e nas técnicas cirúrgicas, os índices de taxa de sobrevivência em 5 anos apresentam-se superiores a 50%. Com isso, a QV de pacientes candidatas à EP total tem se tornado uma área de interesse para estudo. Contudo, Garza et al. (2009) destacam que o tipo de procedimento empregado com essa paciente (neobexiga ortotópica ileal com reanastomose retal) não é indicado rotineiramente para todos os casos de câncer ginecológico devido à necessidade de remoção da vagina medial e distal.

Segundo os autores, embora, de modo geral, as pacientes demonstrem preferência por técnicas alternativas às ostomias, nem sempre é possível indicar uma conduta mais preservadora e menos agressiva, pois esta requer cuidados especiais, para os quais as pacientes tem que apresentar motivação. Assim, não se verificando as condições suficientes para o gerenciamento dos cuidados necessários, indica-se a realização das ostomias. De qualquer forma, frente aos achados desse estudo, percebe-se que os profissionais tem buscado considerar a QV das pacientes, indicando, caso a caso, técnicas que menos acarretem danos físicos e emocionais.

Por fim, Pusic e Mehrara (2006) realizaram uma revisão de literatura abordando os tipos de reconstrução vaginal em pacientes oncológicas. Muito embora esse foco da revisão, isto é, os tipos de cirurgia indicados para cada acometimento do canal vaginal, os autores demonstraram preocupações com as

questões emocionais, motivo pelo qual também se decidiu considerar esse artigo para análise.

Segundo os estudos revisados pelos autores, as pacientes são diagnosticadas tanto em estágios avançados como em estágios precoces. As equipes médicas tem, como principal objetivo, manter preservadas a função sexual e a imagem corporal dessas mulheres. Todos os casos exigem uma avaliação pormenorizada e uma decisão que não pode ser generalizada, pois a escolha da técnica depende das características da paciente e do tipo e tamanho da lesão apresentada. Por exemplo, em pacientes sem condições de continuar as atividades sexuais, devido à idade avançada ou acometimento da doença, a reconstrução do canal vaginal pode ser desconsiderada. No entanto, a imagem corporal distorcida e a falta de prazer sexual representam um problema significativo a ser superado. Além disso, essas mulheres devem lidar com o estresse psicológico de seus diagnósticos primários, com as terapêuticas indicadas e o medo da recidiva.

Em função de todos esses aspectos, Pusic e Mehrara (2006) referem que a psicoterapia pré e pós-operatória tem sido recomendada para auxiliar as pacientes. Nesse sentido, o estudo ressalta que uma abordagem multidisciplinar para o cuidado é a escolha desta equipe americana, na qual a inclusão de um psicólogo ou um terapeuta sexual torna-se essencial. Mesmo contando com adequado suporte, essas pacientes e seus parceiros enfrentam um desafio importante, visto que muitas daquelas que se submetem à cirurgia de reconstrução vaginal apresentam uma diminuição significativa na função sexual, a qual parece ser decorrente não apenas de causas físicas, mas também psicológicas.

Discussão e Considerações Finais

O presente estudo objetivou realizar uma revisão sistemática da literatura, com foco em artigos científicos publicados na última década (2003-2013), que envolvessem as repercussões emocionais da EP para a população feminina. A partir da consulta à literatura, foi possível perceber uma escassez de estudos atuais que privilegiaram os aspectos emocionais de pacientes submetidas a uma cirurgia de grande porte como a EP, o que acarretou na consideração de apenas quatro artigos para análise, sendo somente três deles empíricos.

Dentre os artigos analisados, em relação ao tema, destaca-se que os quatro estudos (Carter et al., 2004; Garza et al., 2009; Hawighorst-Knapstein et al., 2004; Pusic & Mehrara, 2006) tiveram como foco a qualidade de vida (QV) de pacientes submetidas à EP. Contudo, reforça-se a necessidade de um maior número de pesquisas sobre os fatores emocionais vinculados à EP, visto que a QV é um conceito muito amplo, que abrange o bem estar físico, mental e social, estando sujeito à percepção subjetiva individual (Bertan & Castro, 2009). Além disso, devido à intensidade e amplitude das repercussões psicossociais desse procedimento, elencadas nos artigos revisados, outros aspectos emocionais merecem ser investigados, tais como ansiedade, depressão, satisfação conjugal e as estratégias de enfrentamento empregadas por essas pacientes. Esses aspectos, em alguma medida, também auxiliariam na compreensão dos níveis de QV encontrados entre esse público.

Nos estudos analisados, outro tema relevante foi o impacto da EP na imagem corporal das pacientes, devido às mudanças físicas que acarreta. Esse tema também foi identificado em todos os artigos revisados. Três deles salientaram, inclusive, a dificuldade das pacientes no manejo e na aceitação das

ostomias, estando ainda em destaque como fator estressor o uso de mais de uma bolsa coletora. De fato, chamou a atenção a insatisfação das pacientes em relação a essas bolsas, sendo este um fator de grande impacto na sua QV, tanto no momento pré quanto pós-cirúrgico. Nessa perspectiva, sugere-se a realização de estudos de seguimento, de caráter longitudinal, a fim de avaliar a adaptação das pacientes à nova realidade corpórea, incluindo a adaptação às ostomias.

Um terceiro tema que se destacou nos estudos revisados, sendo mencionado em três deles, foi o medo da recidiva da doença. Este foi apontado como um dos principais aspectos psicológicos que abalam as pacientes submetidas à cirurgia de EP. Particularmente, em um dos estudos, destacou-se que, quanto mais recente o diagnóstico, mais intenso seria esse medo. Nesta perspectiva, para estudos futuros, fica notória a necessidade de avaliar, de forma mais clara e objetiva, as pacientes recentemente diagnosticadas. De qualquer forma, entende-se que esse tema não é restrito à indicação/realização desse procedimento cirúrgico, mas sim que faz parte do cotidiano de pacientes oncológicos, como tem sido identificado na literatura da área (por exemplo, Hodges & Humphris, 2009; Humphris, Rogers, McNally, Lee-Jones, Brown, & Vaughan, 2003; Skaali et al., 2008). Percebe-se, assim, a relevância de novos estudos, para que se possa melhor conhecer esta população feminina tão específica, composta tanto pelas pacientes indicadas quanto por aquelas submetidas à EP.

No que tange à metodologia, devido ao escasso número de estudos localizados sobre o tema, sugere-se que tanto o delineamento quantitativo como o qualitativo sejam empregados em futuras investigações. Os registros localizados mostraram uma tendência ao uso de questionários e instrumentos fechados para

a avaliação dessas mulheres. Contudo, devido ao pequeno número de pacientes submetidas a esse tipo de procedimento radical e bastante especializado, bem como à necessidade de avanços na compreensão das vivências emocionais e psicológicas pré e pós-cirúrgicas dessas mulheres, incentiva-se a realização de estudos qualitativos, baseados em entrevistas abertas, por exemplo. Estas permitirão investigar as fantasias e percepções frente à mutilação dos órgãos genitais, as vivências e sentimentos em relação à sexualidade e capacidade reprodutora, bem como a (in)satisfação com a autoimagem e a imagem corporal. Da mesma forma, permitirão conhecer os medos e as dúvidas sobre a percepção de si mesmas e frente às relações familiares e conjugais. Estudos dessa natureza devem ser realizados em diferentes contextos, uma vez que as investigações aqui analisadas retrataram a realidade norte-americana e alemã.

Torna-se fundamental, para as equipes de saúde, conhecer os aspectos emocionais específicos que permeiam o psiquismo de cada paciente indicada e submetida a esta modalidade de ressecção cirúrgica. Conhecer os seus desejos e anseios, os seus traumas e medos, os seus questionamentos e o seu funcionamento psíquico e familiar, permitirá à equipe aproximar-se dessas pacientes, possibilitando uma melhor assistência e, com isso, provavelmente contribuindo também para uma maior QV frente aos tratamentos atuais e futuros.

Nessa direção, considera-se que os achados do presente estudo lançam subsídios importantes para a assistência a essas mulheres. Diante dos achados, hipotetiza-se que, neste momento de crise frente ao diagnóstico e à cirurgia, as pacientes poderão apresentar episódios de depressão reativa, esperados para as situações de doenças e hospitalizações, ou mesmo desenvolver um quadro depressivo e/ou ansioso, de intensidade variada. Em virtude dessas questões, a

importância da atuação de uma equipe multiprofissional foi destacada em três dos artigos revisados. Os autores referiram a importância deste acompanhamento para um apoio à paciente e sua família no período pré e pós-cirúrgico.

Em termos de técnica, a psicoterapia, o suporte psicossocial e os atendimentos em equipe foram as estratégias de assistência mencionadas para essa clientela nos estudos revisados. Contudo, pensa-se ser importante refletir sobre o tipo de assistência que melhor supriria as demandas e necessidades emocionais dessas pacientes. Assim, sugere-se que estudos futuros contemplem também a avaliação de eficácia e efetividade de tratamentos psicoterápicos no período pré e pós-operatório, comparando as pacientes nestes dois momentos. Mais especificamente, parece ser necessária a avaliação das pacientes antes da internação e em seguimento em ambulatório, e não somente durante a hospitalização, em atendimentos ao leito.

Ainda em relação à assistência, importante destacar que a EP é um procedimento que requer muitas orientações e avaliações dos médicos, psicólogos e demais membros da equipe multidisciplinar. Assim, considera-se que, mesmo aquelas mulheres que apresentem um bom suporte familiar, uma satisfatória estruturação psíquica e a ausência de desordens emocionais, poderiam se beneficiar do acompanhamento de uma equipe de saúde mental, diante dos desafios que vivenciam desde a descoberta do câncer até a decisão pela EP e sua posterior recuperação.

Ao final do estudo, também se considera oportuno apontar uma limitação no que tange aos termos descritores utilizados para as consultas e busca dos artigos, a fim de aprimorar investigações futuras. Pensa-se que outros termos poderiam ter sido acrescidos, visto que a cirurgia de EP apresenta-se em maior

quantidade em publicações médicas, nas quais há um destaque para as técnicas cirúrgicas. De qualquer modo, considera-se que o presente estudo atingiu seus objetivos, ao apontar lacunas da produção científica brasileira e internacional nessa área de investigação, indicando possíveis caminhos para profissionais e pesquisadores que tenham interesse em melhor compreender e cuidar das mulheres que enfrentam um procedimento cirúrgico dessa magnitude.

Referências

- Andersen, B. L., & Hacker, N. F. (1983). Psychosexual adjustment following pelvic exenteration. *Obstetrics and Gynecology*, *61*(3), 331-338.
- Bertan, F. C., & Castro, E. K. (2009). Qualidade de vida e câncer: Revisão sistemática de artigos brasileiros. *Psico*, *40*(3), 366-372.
- Botega, N. J. (2012). Reação à doença e à hospitalização. In: *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência* (pp. 46-61). 3ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Carter, J., Chi, D., Abu-Rustum, N., Brown, L. C., Mccreath, W., & Barakat, R. (2004). Brief report: Total pelvic exenteration: A retrospective clinical needs assessment. *Psycho-Oncology*, *13*(2), 125-131.
- Cesnik, V. M., Vieira, E. M., Giami, A., Almeida, A. M., Santos, D. B., & Santos, M. A. (2013). The sexual life of women with breast cancer: Meanings attributed to the diagnosis and its impact on sexuality. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *30*(2), 187-197.
- Costa, S. R. P., Teixeira, A. C. P., & Lupinacci, R. A. (2008). A exenteração pélvica para o câncer de reto: Avaliação dos fatores prognósticos de sobrevida em 27 pacientes operados. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, *1*(28), 7-18.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Estimativas 2013: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca. Retirado de www.inca.gov.br. Acesso em 12 nov. 2014.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Cuidado com sua ostomia: Orientação aos pacientes*. Rio de Janeiro: Inca. Retirado de http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/cuidados_com_a_sua_estomia.pdf. Acesso em 30 nov. 2014.

Franco, V. F. (2008). Exenteração pélvica no câncer ginecológico. In: C. E. R. Santos, & E. L. de Mello (Orgs.), *Manual de Cirurgia Oncológica* (pp. 593-603), 2ªed. São Paulo: Tecmedd.

Garza, J. de la, Wilson, S., & Behbakht, K. (2009). Total pelvic exenteration with a split-thickness skin graft neovagina, continent orthotopic neobladder and rectal reanastomosis, resulting in no external ostomies and adequate sexual function. *Gynecologic Oncology*, 115(2), 312-313.

Hawighrst-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., et al. (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image: Results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic Oncology*, 94(2), 398-403.

Hodges, L. J., & Humphris, G. M. (2009). Fear of recurrence and psychological distress in head and neck cancer patients and their carers. *Psycho-Oncology*, 18(8), 841-848.

Huff, R., & Castro, E. K. de. (2011). Repercussões emocionais do câncer ginecológico e exenteração pélvica. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 33-42.

Hypólito da Silva, J. (2007). Exenteração pélvica e tratamento do câncer. *Arquivos de Gastroenterologia*, 44(4), 283.

- Humphris, G. M., Rogers, S., McNally, D., Lee-Jones, C., Brown, J., & Vaughan, D. (2003). Fear of recurrence and possible cases of anxiety and depression in orofacial cancer patients. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 32(5), 486-491.
- Maldonado, G. G., Velázquez, V. M. J., Perales, G. M. M., Castillo, A. L., Chong, V. R., Jesús, G. et al. (2011). Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(1), 64-73.
- Menezes, M. M. (2008). *Satisfação Conjugal, Autoestima e Imagem Corporal em Indivíduos Ostomizados*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Lisboa, Portugal.
- Moraes, M. C. (2003). O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Introdução à Psico-Oncologia* (pp. 57-63). Campinas: Livro Pleno.
- Neme, C. M. B., & Bredariolli, R. N. B. (2010). Mulheres com câncer de mama, de útero e de ovários: Estudos clínicos de casos. In: C. M. B. Neme (Org.), *Psico-Oncologia: Caminhos e Perspectivas* (pp. 99-147). São Paulo: Summus.
- Paula, M. A. B. de, Takahashi, R., & Paula, P. de (2009). Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 29(1), 77-82.
- Pusic, A. L., & Mehrara, B. J. (2006). Vaginal reconstruction: An algorithm approach to defect classification and flap reconstruction. *Journal of Surgical Oncology*, 94(6), 515-521.

- Rezk, Y. A., Hurley, K. E., Carter, J., Dao, F., Bochner, B. H., Aubey, J. J., et al. (2013). A prospective study of quality of life in patients undergoing pelvic exenteration: Interim results. *Gynecologic Oncology*, 128(2), 191-197.
- Skaali, T., Fossa, S. D., Bremnes, R., Dahl, O., Haaland, C. F., Hauge, E. R. et al. (2008). Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18(6), 580-588.
- Turns, D. (2001). Psychosocial issues: Pelvic exenterative surgery. *Journal of Surgical Oncology*, 76(3), 224-236.
- Wright, F., Crooks, D., Fitch, M., Hollenberg, E., Maier, B. A., Last, L. D., et al. (2006). Qualitative assessment of patient experiences related to extended pelvic resection for rectal cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 93(2), 92-99.

Tabela 1. Registros localizados e excluídos em cada base consultada. Período 2003 a 2013.

Registros	PsycInf	PubMe	LILAC	SciEL
	o	d	S	O
<i>Encontrados</i>	0	41	18	0
Excluídos pela data	-	33	13	-
Excluídos pelo título	-	2	2	-
Excluídos devido à repetição	-	3	-	-
Excluído por estar indisponível na íntegra	-	2	-	-
Incluídos para análise	-	1	3	-
Total			04	

Figura 1: Etapas do processo de seleção dos artigos



4. CAPÍTULO 2: ARTIGO EMPÍRICO

(A ser submetido para a Revista Psicologia, Reflexão e Crítica, Classificação QUALIS CAPES A1 - Psicologia)

Ansiiedade, depressão e sentimentos de mulheres com câncer encaminhadas para cirurgia de Exenteração Pélvica^a

Anxiety, depression and feelings of women with cancer referred for Pelvic Exenteration Surgery

(Psicologia da Saúde)

Sílvia Abduch **HAAS^b**

Daniela Centenaro **LEVANDOWSKI^c**

Antônio Nocchi **KALIL^d**

a. Esse trabalho faz parte da Dissertação de Mestrado da primeira autora, orientada pelo terceiro autor e coorientada pela segunda autora.

b. Psicóloga do Hospital Santa Rita – Centro de Câncer – da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Email: silvia.haas@santacasa.tche.br. Rua Sarmento Leite, 187, Administração, 3º andar. CEP: 90050-170, Porto Alegre, RS, Brasil.

c. Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS), com Pós-Doutorado em Psicologia (PUCRS). Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA.

d. Chefe do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA.

Resumo

O presente estudo objetivou avaliar sinais de depressão e ansiedade em mulheres com câncer indicadas à cirurgia de exenteração pélvica (EP), e identificar as suas percepções e sentimentos frente à EP. Participaram do estudo seis mulheres (37 a 64 anos) que estavam em tratamento oncológico em um hospital de Porto Alegre/RS. Elas preencheram uma ficha de dados sociodemográficos e responderam a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e uma entrevista semiestruturada. De modo geral, os achados revelam implicações emocionais da indicação da EP para as pacientes. Verificou-se a presença de ansiedade e depressão entre as participantes (50% e 66,7%, respectivamente) no período pré-operatório. Nos relatos das entrevistas foi possível identificar tanto dúvidas e medos quanto ao resultado cirúrgico, quanto expectativas de cura do câncer. Sentimentos de medo, preocupação e ansiedade frente às ostomias também emergiram. Considera-se que estudos longitudinais podem ampliar a compreensão do impacto dessa cirurgia, considerando também o período pós-operatório.

Palavras-chave: exenteração pélvica; aspectos psicológicos; depressão; ansiedade; câncer.

Abstract

This study aimed to evaluate depression and anxiety in women with cancer who were referred for pelvic exenteration (PE), and to identify their perceptions and feelings regarding PE. Six women (aged between 37 and 64 years,) undergoing cancer treatment at a hospital in the city of Porto Alegre/RS, participated in the study. Sociodemographic data were collected and a semi-structured interview and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were employed. The overall findings revealed emotional implications related to PE. Anxiety and depression were experienced by the participants (50% and 66.7%, respectively) before the surgery. The interviews showed doubts and fears regarding the surgical outcomes as well as expectations for cancer cure. Anxiety, fear and worries associated with ostomies also emerged. Longitudinal studies may contribute to a broader understanding of the impact of this surgery, including the postoperative period.

Keywords: pelvic exenteration; psychological aspects; depression; anxiety; cancer.

Introdução

O câncer de colo de útero, também chamado de câncer cervical, é apontado como o quarto tumor mais frequente como causa de morte na população feminina brasileira. Estimativas realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014) mostram que, para o ano de 2014, mais de 15 mil mulheres brasileiras seriam diagnosticadas com este tipo de tumor.

Quando o diagnóstico é feito precocemente, existem grandes chances de cura. Entretanto, a prevenção anual nem sempre faz parte da rotina da população nacional. No Brasil, cerca de 30% das mulheres nunca fizeram o exame citológico (*Papanicolaou*), sendo diagnosticadas já em fase avançada da doença em 70% dos casos (Franco, 2008).

Para as mulheres que desenvolvem tumores malignos pélvicos recorrentes ou tumores primários avançados, assim como outros tipos de câncer ginecológico, de reto e urológico, pode ser indicada a realização de uma cirurgia denominada Exenteração Pélvica (Diver, Hain-Rauh, & Carmen, 2012). A Exenteração Pélvica (EP) é uma técnica cirúrgica radical, que abrange a remoção de órgãos pélvicos (por ex., vagina, vulva, períneo, bexiga, útero, ânus e uretra; Brunschwig & Daniel, 1955; Hypólito da Silva, 2007; Costa, Teixeira, & Lupinacci, 2008; Garza, Wilson, & Behbakht, 2009) e geralmente acarreta o uso de bolsas coletoras (urostomia e/ou colostomia). Esse procedimento requer um longo período de hospitalização e cuidados especiais (Carter et al., 2004).

A EP é empregada quando as pacientes são contraindicadas para novos ciclos de radioterapia e quimioterapia, sendo considerada uma segunda chance de vida (Carter et al. 2004). Assim, a indicação para este procedimento ocorre para 78% das pacientes com os tipos de câncer citados (Franco, 2008). Contudo, em grande parte dos casos, trata-se de uma cirurgia de caráter paliativo, já que os índices de sobrevivência após a EP encontram-

se entre 23 e 61% (Carter et al. 2004; Franco, 2008). Por outro lado, os índices de mortalidade são de aproximadamente 23% no pós-operatório (Guimarães, 2011).

Devido a todos esses aspectos, existe a necessidade de uma avaliação detalhada e interdisciplinar da paciente e de sua família, que considere o tempo de sobrevivência *versus* o investimento físico e emocional a ser feito para a realização da cirurgia. A possibilidade de óbito deve ser considerada e discutida, da mesma forma que as alterações e mudanças corporais dela decorrentes, incluindo o uso de bolsas coletoras. Nessa direção, Turns (2001), em artigo de revisão sobre os aspectos psicossociais da EP, destacou a necessidade de a equipe médica manter uma proximidade com a paciente, informando-a sobre os efeitos colaterais, as possibilidades e as limitações da cirurgia, e permitindo que a paciente tenha tempo e espaço para esclarecimentos. Seguindo essa perspectiva, Wright et al. (2006), em um estudo qualitativo realizado com 10 pacientes, no Canadá, com câncer colorretal que haviam realizado a EP, identificaram uma percepção das mesmas a respeito de haver recebido informações incompletas sobre a doença, o tratamento e sobre a possibilidade de morte. Assim, esta pesquisa também salientou a importância da disponibilidade da equipe, mantendo uma comunicação clara com as pacientes, seus parceiros e demais familiares, que incluiu a abordagem dos efeitos colaterais e das sequelas da EP.

Sabe-se que a experiência de ter câncer de colo uterino, bem como os tratamentos indicados (quimioterapia, radioterapia e braquiterapia), faz com que as mulheres sofram um impacto emocional importante, não sendo incomum o aparecimento de sentimentos de culpa e a realização de uma retrospectiva de suas vidas, como uma tentativa de compreender o surgimento da enfermidade (Castro, Aretz, Lawrenz, Romeiro, & Haas 2013). Dessa forma, o atendimento por uma equipe composta por psicólogo e/ou psiquiatra torna-se fundamental.

Frente ao diagnóstico de câncer, o indivíduo vivencia um momento estressante e perturbador, podendo apresentar ansiedade, depressão, *delirium*, ideação suicida ou mesmo levar a cabo o suicídio (Schávelzon, 1992). Ansiedade e depressão são as alterações emocionais mais frequentes nesses pacientes, apresentando altos índices nas internações hospitalares (Estapé, 2001; Botega, 2012). Particularmente no caso das mulheres, verifica-se que aquelas que se encontram deprimidas precisam de tempo, auxílio psicológico e apoio familiar para a elaboração da dor pela amputação de partes do corpo símbolos da feminilidade, como o útero, a vagina e os ovários (Neme & Bredariolli, 2010). Nessa direção, as pacientes mais jovens e ainda em período reprodutivo podem sofrer com a impossibilidade gestacional (Talgham, 2011).

Nessa mesma perspectiva, Hawighrst-Knapstein et al. (2004), ao avaliarem a Qualidade de Vida (QV) em pacientes americanas, com câncer genital e que haviam realizado EP, observaram que as mudanças do corpo, da imagem corporal e na sexualidade passaram a ser foco de incertezas e sofrimento, acarretando prejuízos psicossociais às pacientes. Ainda, destacaram a frustração e um maior abalo na QV nos casos em que as mulheres foram contraindicadas à reconstrução vaginal. Outros estudos também tem abordado a QV com este público e considerado a necessidade de uma atenção especial às pacientes, devido ao impacto negativo da EP (Carter et al. 2004; Ross, Graeff, Eijkkeren, Boon, & Heintz, 2004; Pusic & Mehara, 2006; Rezk et al., 2013).

Além do impacto na QV, destaca-se que o luto gerado em função das mudanças do corpo pode desencadear quadros depressivos reativos nessas mulheres, não sendo incomum a evolução para um transtorno depressivo maior, caso haja comorbidades associadas (DSM-V, 2014). Assim, conhecer e compreender os aspectos psicológicos dessas pacientes torna-se essencial para as equipes de saúde.

Entretanto, muito embora a importância do tema, na realidade brasileira ainda existem poucos estudos sobre os aspectos emocionais envolvendo as mulheres encaminhadas para a cirurgia de EP, talvez pela baixa incidência desse tipo de procedimento no país. Na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, por exemplo, realiza-se aproximadamente 10 cirurgias anuais, sendo essa incidência bem menor em outros hospitais brasileiros. Ainda, outras instituições, embora prestem atendimento oncológico, nem mesmo realizam esse procedimento.

Todavia, essa baixa incidência não desmerece a importância do estudo, devido à relevância do tema. Assim, pensa-se que verificar empiricamente os recursos psicológicos dessas mulheres para o manejo do tratamento, os níveis de ansiedade e depressão, a forma como percebem seu corpo e sua relação conjugal e a presença ou não de uma rede de apoio, dentre outras questões, pode ser uma importante ferramenta para a qualificação do atendimento psicológico prestado a estas pacientes. Assim, o presente estudo objetivou avaliar sinais de depressão (incluindo ideação suicida) e ansiedade em mulheres com câncer encaminhadas à cirurgia de EP e identificar as percepções e sentimentos dessas mulheres frente à EP.

Método

Delineamento

Esse estudo, de caráter transversal e delineamento misto (Creswell, 2010), no qual foram empregados instrumentos qualitativos e quantitativos (entrevista e escala) para a coleta dos dados, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA e da ISCMPA (Protocolo 367.054, de 21/08/13).

Participantes

Seis mulheres, com idades entre 37 e 64 anos (média=48,8 anos; DP=9,9), que estavam em tratamento oncológico no Hospital Santa Rita (HSR - Centro de Prevenção,

Diagnóstico e Tratamento do Câncer) da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA/RS), que se constitui em um centro de referência para tratamento de câncer no sul do Brasil. Elas foram encaminhadas pelas equipes de cirurgia oncológica e ginecológica para o Serviço de Psicologia (SP) do HSR após terem recebido a indicação para a EP.

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2013 e junho de 2014. Nesse período, nove pacientes foram indicadas para o procedimento. Todas elas foram convidadas a colaborar com a pesquisa. Destas, duas foram contraindicadas ainda no processo da coleta dos dados, devido à possibilidade de realização de quimioterapia, e a outra candidata piorou clinicamente, falecendo durante a internação. Assim, seis mulheres integraram o presente estudo, sendo que apenas uma delas estava internada via convênio de saúde. A Tabela 1 descreve de forma mais detalhada as principais características (sociodemográficas e de saúde) das participantes.

INSERIR TABELA 1

Procedimentos e instrumentos

Após a aprovação do estudo pelo CEP, obteve-se a autorização da gerente administrativa e da chefia da equipe de cirurgia oncológica e ginecológica do HSR para a coleta de dados, combinando-se o encaminhamento das pacientes para o SP do hospital. A partir do encaminhamento das equipes, era realizado um primeiro atendimento de rotina do SP para as pacientes, durante a internação. Já neste primeiro encontro as pacientes eram convidadas a participar do estudo, a partir da apresentação da proposta da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse documento informava os procedimentos e objetivos do estudo, o sigilo e a possibilidade de desistência a qualquer momento sem interrupção do atendimento do SP. Cabe ressaltar que as pacientes somente

eram convidadas a participar da pesquisa após já terem sido informadas pelos médicos sobre o encaminhamento (indicação) para a cirurgia de EP.

Após o aceite da participante, mediante a assinatura do TCLE, era realizada uma entrevista inicial, para identificar as suas demandas e avaliar o seu estado de saúde mental geral, como parte da rotina do SP. Não sendo detectado retardo mental, era então iniciada a coleta de dados, por meio da realização de uma entrevista semiestruturada, cujo roteiro foi desenvolvido especificamente para esse estudo. Tal entrevista objetivava examinar as vivências das pacientes no período pré-operatório, incluindo a reação frente ao diagnóstico e manejo do câncer, as alterações advindas da doença, a presença de uma rede de apoio, o processo de decisão frente à EP e os planos futuros e expectativas após a cirurgia, dentre outros temas. Essa entrevista foi gravada em áudio para posterior transcrição.

Ainda, foram coletados dados sociodemográficos e de saúde das pacientes por meio de uma ficha elaborada para o presente estudo, contendo informações tais como idade, escolaridade, tempo de diagnóstico e tipo de tratamento já realizado. Também foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*), que visa a identificação de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes de hospitais clínicos não-psiquiátricos. A HADS é composta por 14 questões do tipo múltipla escolha, que originam duas subescalas (ansiedade e depressão), de sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. A escala foi validada para o Brasil por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira (1995), obtendo os seguintes alphas de Cronbach: 0.68 (ansiedade) e 0.77 (depressão). A pontuação igual ou superior a 9 indica a presença de depressão e/ou ansiedade (Marcolino et al., 2007).

Destaca-se que, em alguns casos, a coleta de dados foi realizada em duas etapas a fim de não sobrecarregar as participantes, que se encontravam internadas e fragilizadas pela sua condição clínica. Assim, a duração média de cada etapa de coleta foi de

aproximadamente 30 minutos. Foi realizado um estudo piloto para verificar a adequação do roteiro de entrevista aos objetivos do estudo, não tendo sido os dados coletados considerados para análise.

Análise dos dados

Todos os dados quantitativos foram digitados em um banco de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Os dados sociodemográficos e de saúde foram usados para a caracterização das participantes. Já o HADS foi analisado conforme as instruções dos autores (Botega, 1995; Marcolino et al., 2007).

Foi realizada uma análise estatística descritiva, na qual as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude de variação, enquanto que as variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Já para avaliar a associação entre as variáveis quantitativas (HADS, idade e tempo de diagnóstico), o teste de correlação de *Spearman* foi aplicado. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises também foram realizadas no programa SPSS versão 17.0.

Já as entrevistas foram analisadas através de análise de conteúdo qualitativa, seguindo a proposta de Laville e Dionne (1999), que engloba um estudo minucioso do conteúdo, das frases e palavras, para captar o sentido essencial das informações e selecionar as suas principais ideias. Assim, a análise de conteúdo consistiu em extrair a significação das diferentes características do discurso das mulheres pesquisadas, através da leitura e análise do relato das entrevistas transcritas. Para isso, foi utilizando o modelo misto de análise de conteúdo, no qual algumas categorias foram inicialmente postuladas com base nos conhecimentos prévios dos autores e nas questões do roteiro de entrevista. Contudo, neste modelo, embora o pesquisador agrupe da melhor forma possível o conteúdo das categorias previamente fixadas, consecutivamente, após sucessivas leituras do material,

realiza revisões críticas das mesmas, tomando como ponto de partida os elementos não classificados na primeira vez, o que pode acarretar a ampliação, subdivisão ou mesmo a criação de novas categorias e subcategorias. Para a conclusão final, os pesquisadores organizam uma categorização definitiva, a partir da qual realizam a interpretação dos dados (Laville & Dionne, 1999).

Aspectos éticos

Além dos cuidados éticos já mencionados, ressalta-se que foi dispensado às participantes o mesmo tratamento comumente oferecido pelo SP aos pacientes internados no HSR, já que a pesquisadora principal atua como coordenadora desse Serviço. Assim sendo, conforme os resultados dos instrumentos e as percepções das pacientes pela pesquisadora, indicava-se psicoterapia individual no ambulatório do HSR. Destaca-se que essa indicação foi feita para duas das seis participantes.

Resultados

Análise Quantitativa

Em relação à HADS, das seis participantes, 66,7% (n=4) apresentaram depressão e 50% (n=3) ansiedade no período pré-operatório. Apenas uma participante não apresentou nenhum destes sintomas, como pode ser visto na Tabela 2.

INSERIR TABELA 2

Análise Qualitativa

A partir da análise de conteúdo qualitativa das entrevistas, três categorias temáticas emergiram: *Reações frente à indicação cirúrgica*, *Sentimentos em relação às ostomias* e *Sentimentos em relação às repercussões da EP no corpo e na sexualidade*. A seguir, apresenta-se as categorias, com suas respectivas subcategorias e exemplos de falas das participantes ilustrativas das mesmas.

1) Reações frente à indicação cirúrgica

Nessa categoria foram englobadas todas as falas das participantes referentes às reações frente à indicação da cirurgia de EP. A partir dos trechos selecionados, foi possível identificar tanto dúvidas e medos das pacientes quanto ao procedimento e seus resultados, como também referências a sentimentos de alívio, alegria e expectativas positivas frente à cirurgia.

As dúvidas e medos emergiram em relação ao procedimento em si (anestesia e recuperação da EP) como também em relação aos seus resultados (ostomias, mudanças corporais, medo da morte): *“Que eu penso assim na recuperação, se eu vou vencer essa etapa da recuperação, se eu vou vencer aquela anestesia...”* (P2, 48 anos, separada, CA colo de útero, 15 meses em tratamento - quimioterapia e radioterapia); *“Ah, a gente pensa muita coisa, né, a gente pensa bobagem bastante! (...) Pensei que não adiantava às vezes. (...) Eu pensei que não valia a pena, porque a gente vê os vizinhos que se vão né, pelos mesmos motivos [câncer]. (...) Pensei assim: isso aí não sei se vai adiantar, tá, porque a gente mora longe, tem que sair duas horas da madrugada de casa pra gente chegar sete horas da manhã aqui em Porto Alegre. (...) Daí eu pensei: tanto trabalho assim que Deus o livre, né, pra depois não adiantar e morrer igual! (...) Aí eu decidi que eu queria fazer para não se avançar mais, né [o câncer]. (...) Se eu desistir, daí que já que eu tenho medo que aconteça alguma coisa, daí vai ser pior, né”* (P1, 37 anos, casada, CA colo de útero, 36 meses em tratamento - histerectomia, braquiterapia, quimioterapia e radioterapia); *“A minha vontade era sair correndo lá em casa. Não, nem era uma fuga, eu me senti com vontade de ir lá em casa e me despedir... Achei que eu ia entrar na cirurgia e não ia sair. (...) E aí, essa é que era a minha ideia. Até chegou o meu marido a falar com a minha irmã que quem sabe ele me roubava uma meia hora do hospital e me levava lá em casa. (...) Aí já começou, né, aí eu já, as ideias começam a clarear, né. (...) É que eu achei também que embora eu sáísse da cirurgia com bolsa, eu ia sair praticamente sem nada, ia só vegetar,*

não ia viver. (...) Eu achei que eu ia caminhar, mas que a vida não ia ter graça. Que eu não ia ter prazer em ir num salão fazer uma sobancelha, comprar uma roupa, né. Que eu só ia estar ali por estar sabe. (...) Lá em casa a gente gosta muito de passear né, de sair de noite e coisa. Aí tudo isso aí eu pensei, né, doutora, que não vou ter mais prazer nenhum na vida, eu digo nem sei se o meu marido vai querer mais sair comigo... (...) O doutor me passou bem assim: eu não fazendo a cirurgia, eu ia a cada minuto apodrecendo. Ele disse que o cheiro é insuportável. Que as pessoas não iam aguentar ficar ao meu redor, nem familiar e que nem eu própria ia me aguentar. Aí eu pensei e aí ele me falou das dores também. Aí eu pensei: de que vai me adiantar, o que eu vou tá passando uma dor, uma coisa que eu poderia ter corrido antes na frente, né, e ter evitado? Por isso que eu pensei: eu posso até ficar feia, deformada, mas pelo menos eu não vou ter a dor. (...) O cheiro e a doença crescendo, contando cada minuto, né, crescendo e eu sentindo a pessoas fugindo de mim, né, doutora. Isso que me apavorou... E sem a possibilidade da cura, né” (P4, 53 anos, casada, CA colo de útero, 36 meses em tratamento - braquiterapia e radioterapia).

Contudo, também foram identificados relatos indicativos de alívio e alegria, pelo fato de a EP ser compreendida como um último recurso de cura frente ao câncer, assim como de uma expectativa positiva frente à cirurgia, isto é, de sucesso do procedimento: *“Espero que seja uma cirurgia bem logo, né, que não demore muito (...) Espero que eu saia daqui boa (...) foz tudo direitinho, não falhei nada até agora” (P1, 37 anos, casada, CA colo de útero, 36 meses em tratamento - histerectomia, braquiterapia, quimioterapia e radioterapia); “Assim, eu tô lutando, que nem o doutor me disse que é 40% de chance. Mas eu vou me agarrar nesses 40%, que esses 40% pra mim, vamos dizer que seja 90% pra mim” (P4, 53 anos, casada, CA colo de útero, 36 meses em tratamento - braquiterapia e radioterapia); “Eu já tenho seis filhos, porque se tiver que tirar tudo, pra mim tudo bem. (...) Eu já estava ciente que se eu tirar o útero, se eu tirar o que não presta, bota fora. (...)*

O que é bom pra mim pode fazer, eu quero a cura, eu quero ficar boa, eu quero ter mais um bom tempo de vida, criar meus filhos. Pra mim o que vocês fizerem para eu ter saúde, ótimo! (...) Eu me decidi pelo seguinte: eu já tentei de uma forma que é as químios, que era a chance que tinha de me curar com esses tratamentos que era quimioterapia, radio e a braqui [braquiterapia] e não existe outro mais além da cirurgia. Eu já queria antes a cirurgia e de repente tentamos outra forma, mas infelizmente não deu, vamos em frente. Vamos fazer a cirurgia, tirar fora e bola pra frente. (...) Eu pensava sozinha: Será que não vão me chamar? Eu estou louca que me chamem para fazer essa cirurgia de uma vez, saí fora, porque a gente fica apreensivo. Quero fazer a cirurgia.” (P3, 39 anos, viúva, CA colo de útero, 48 meses em tratamento - braquiterapia, quimioterapia e radioterapia); “Eu já tinha ideia que eu queria fazer essa cirurgia há muito tempo, eu tinha muita vontade de fazer (...) Não conhecia profundamente [a EP], mas eu queria fazer pra poder... eu sabia que se eu fizesse a cirurgia eu ia ficar recuperada. Eu ia me salvar. Então eu queria muito fazer a cirurgia. Daí agora... Quando o doutor me falou, eu fiquei muito feliz, que ele me deu muita esperança pra mim. Disse que tinha todas as chances do mundo de me recuperar (...) Eu já tinha essa ideia, já queria antes [me operar]. (...) Porque era a única solução... se não fizer a cirurgia, vou fazer mais o que? A radio não dá mais pra fazer, porque meu corpo tá tomado de radiação né, então já passou do limite. Então, a única coisa que me salva agora é a cirurgia. (...) É, eu espero que de tudo certo né, doutora espero que seja satisfatório a minha cirurgia” (P2, 48 anos, separada, CA colo de útero, 15 meses em tratamento - quimioterapia e radioterapia).

2) Sentimentos em relação às ostomias

Nessa categoria foram consideradas todas as falas das participantes que se referiam a sentimentos em relação às possíveis ostomias. No caso, foram identificados sentimentos de medo, preocupação e ansiedade diante dessa possibilidade, tanto pelas reações das

outras pessoas frente às bolsas coletoras como pelo fato de essa mudança ser definitiva e representar a perda de uma parte do próprio corpo, como pode ser visto nas seguintes falas:

“Fiquei apavorada... me disseram que eu ia ter que colocar duas bolsinhas de uma vez. Bah, fiquei apavorada, né? Fiquei apavorada! Eu achei que ia ser uma cirurgiazinha mais simples, mas duas bolsas... Pra gente vê, é brabo! (...) Daí a gente fica com medo né? (...) Aí eu perguntei se a bolsa era definitiva e eles disseram que era definitiva” (P6, 64 anos, casada, CA colo de útero, 12 meses de diagnóstico, tratamento ambulatorial com ginecologista); *“Elas explicaram que eu ia ter que fazer uma cirurgia grande, precisar colocar bolsinha. Aí já fiquei traumatizada um pouco, me deu um pânico, um choque, né. (...) Aí estou muito ansiosa, sabe (...) E elas me disseram também que eu vou ser a mesma mulher, né, mas assim, né, não vai mudar nada. Sei lá, eu tenho medo (...) dos meus filhos pequenos, sabe, assim, eu tenho dó deles de ver essas coisas penduradas em mim”* (P1, 37 anos, casada, CA colo de útero, 36 meses em tratamento - histerectomia, braquiterapia, quimioterapia e radioterapia); *“Eu vou muito na igreja e diz que a bolsa da bexiga é uma bolsa grande, tem uma mangueirinha. Eu vejo, né, não me falaram nada, eu vejo as mulheres usarem. Aí eu procuro não saber se realmente ele [médico] vai... (...) Só pergunto: ‘E os exames? Os resultados saíram?’. Tanto é que eu não perguntei pra ele [médico] se esse exame primeiro que eu fiz ali enxergava a bexiga. Não tive coragem de perguntar para ele, só por causa da bolsinha. Vaidade mesmo, mais nada, né”*. (P3, 39 anos, viúva, CA colo de útero, 48 meses em tratamento - braquiterapia, quimioterapia e radioterapia); *“Eu disse [para o companheiro]: ‘Aí, vamos ficar só entre nós, não quero, assim, as pessoas tentando me olhar’. (...) Aí doutora, eu tenho até medo de pensar, porque eu, como eu já lhe falei, eu sempre trabalhei na minha vida. Eu adoro trabalhar. E aí, né, doutora, eu não consigo me imaginar voltando, como é que eu vou dizer, pela metade... (...) eu não consigo imaginar eu voltando com uma bolsa. (...) Eu penso assim: e*

se eu vou no banheiro e automaticamente uma das minhas colegas abre a porta? Se... ai, não sei, se alguém se aproxima de mim, toca em mim e sente?” (P4, 53 anos, casada, CA colo de útero, 36 meses em tratamento - braquiterapia e radioterapia).

3) Sentimentos em relação às repercussões da EP no corpo e na sexualidade

Essa terceira categoria temática englobou os trechos de falas das participantes que se referiam a sentimentos relativos às possíveis alterações corporais e da sexualidade após a EP. Foram encontrados relatos de aceitação dessas mudanças, como também de medo tanto da reação pessoal como da reação do parceiro a tais mudanças corporais e na vida sexual.

As participantes demonstraram uma aceitação frente às possíveis mudanças corporais decorrentes da EP e suas inevitáveis repercussões na sexualidade: *“Não, pra mim, normal. Uma porque eu assim coloquei na minha cabeça que eu não tenho namorado, não tenho mais ninguém, eu tenho um amigo, essa pessoa que nós nos conhecemos, ele é meu amigo, ele entendeu a situação, ele continua vindo me ver, ele continua indo ver meus filhos. (...) Foi a única pessoa depois que o meu marido faleceu, foi esse. Mas vontade de voltar ter uma outra pessoa, que nem comentam que depois que faz a cirurgia, já não tem vontade mais de ter relação e fica diferente, porque não tem mais aqueles órgão que vá ter excitação, essas coisas assim, então pra mim, eu já coloquei na minha cabeça (...) Eu até brinco com ele: ‘Não adianta tu vim querer ter coisa comigo, porque eu vou ser uma mulher ‘oca’, nem prazer vai ter pra ti’ (...) Oca é modo de dizer. Eu até acho assim se eles... eu até digo, eu voltar a ser virgem, mas virgem que ninguém pode tocar. Eu tenho [em mente] que eles vão tirar e aquilo vai ficar fechado. (...) É o meu pensamento, não me explicaram nada e eu procuro deixar eles [médicos] vir e falar pra mim, não eu estar pressionando: ‘Ah, eu quero saber!’. (...) Penso: eles vão tirar tudo, então vai ficar assim, igual como se estivesse liso, costurado” (P3, 39 anos, viúva, CA*

colo de útero, 48 meses em tratamento - braquiterapia, quimioterapia e radioterapia); *“Eu sofri muito, a dor é muito intensa. Esses exames são muito massacrantes e é uma região muito sensível, né. Se fosse no pé, né? Fosse no pé, no braço, mas não, é logo ali, né, numa região tão difícil. Já era difícil antes, agora então! (...) Não existe só o sexo pra ti ser feliz. Tem tantas outras coisas boas pra se fazer importante. E outra coisa, o sexo na minha cabeça virou uma coisa tão escrachada, tão banal. Não sei se é porque a televisão... (...) Eu vivi o que tinha que viver. (...) O que tinha que viver, já vivi”* (P2, 48 anos, separada, CA colo de útero, 15 meses em tratamento - quimioterapia e radioterapia).

Por outro lado, também foram encontradas referências ao medo de um estranhamento frente às mudanças corporais e da sexualidade, assim como da reação do companheiro a tais mudanças: *“Ficar sem vagina e sem, vagina e a parte interna, né? (...) Olha, na hora... eu pensei nem sei o que, eu digo: ‘Como é que eu vou me olhar no espelho, né?’. E agora essa noite, eu pensei: e o meu marido? É uma situação pra ele, né. (...) Faz 34 anos que a gente é casado, mas a gente é bem parceiro, né. Bem, e agora essa noite que eu tava pensando que eu não pensei nele, essa noite que eu pensei nele. (...) Pois é, tava pensando só em mim. Só tava pensando na minha... como é que eu ia trocar de roupa perto de uma pessoa. Pensei na lingerie: como é que eu ia comprar uma lingerie, se eu nem ia precisar mais? (...) Isso aí que me passou pela cabeça, mas aí essa noite me veio a questão dele. Será que um homem fica? Acho que não né, sem uma vida ativa, né, e aí? Depois não tem uma reconstrução, uma... (...) Não, eu pensei que... Não, eu tenho certeza que ele não vai embora, não. Isso aí eu tenho certeza que não vai, mas é que agora eu ainda posso pensar, né. Claro que ele pode arrumar uma namorada, uma coisa, mas e daqui a pouco eu vou aceitar isso? Eu vou me olhar toda feia, toda errada, né. E aí, eu vou aceitar? (...) A senhora sabe, doutora, que hoje eu fui fazer xixi, e o xixi assim foi bem longo e eu pensei até nisso assim, digo: até o prazer do xixi eu vou perder. Que a gente*

tem uma sensação gostosa assim, quando a gente faz xixi, né, e aí eu pensei isso” (P4, 53 anos, casada, CA colo de útero, 36 meses em tratamento - braquiterapia e radioterapia).

Discussão

A partir da apresentação dos achados, destaca-se que 83,4% (n=5) das participantes haviam recebido um diagnóstico de câncer do colo do útero. Assim, observa-se a importância de ações preventivas frente a uma doença agressiva e silenciosa, que ocasiona um abalo emocional considerável, como já identificado no estudo de Castro et al. (2013), que comparou a percepção sobre a doença de mulheres do sul do Brasil com câncer de colo de útero, sadias e aquelas com lesões precursoras.

No que tange aos aspectos emocionais, verificou-se que 50% das participantes apresentavam ansiedade e 66,7% depressão. De modo geral, reações de ajustamento tendem a ser frequentes entre pacientes internados em hospital geral. Botega (2012) realizou estudo em enfermagem geral de um hospital universitário no interior de São Paulo, detectando que 39% daqueles internados apresentavam ansiedade e depressão. Em estudo observacional prospectivo realizado em Campinas com 85 pacientes com câncer de mama e que receberam indicação para cirurgia, Avelar et al. (2006), empregando a HADS tanto no período pré como no pós operatório, detectaram uma taxa de ansiedade de 40% e de 27% de depressão no período pré-operatório. Nesta mesma perspectiva, Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund e Dahl (2000), em estudo quantitativo na Noruega avaliando a qualidade de vida e os níveis de ansiedade e depressão de pacientes com diversos tipos de câncer através do HADS, identificaram dentre 353 pacientes femininas e 215 masculinos que 13% apresentavam ansiedade e 9% depressão, tanto nos tratamentos ambulatoriais quanto nas internações. Estes índices apresentam-se bastante diferentes e inferiores aos dos achados do presente estudo. Pensa-se que se deve considerar os tipos de tratamento e de câncer, assim como as condições de saúde pública de cada país e o panorama econômico da

população ao se procurar compreender tais diferenças. Contudo, de modo geral o que se percebe é que os pacientes oncológicos não passam ilesos pelos tratamentos e acabam sofrendo com sintomas ansiosos e/ou depressivos em maior ou menor grau.

Turns (2001), em revisão da literatura sobre aspectos psicossociais da EP, observou que não raramente as pacientes experimentam ansiedade e depressão no período pré-operatório, principalmente quando não recebem informações adequadas para sua cirurgia. Particularmente no contexto da EP, outros estudos tem indicado que, devido às repercussões desse procedimento cirúrgico, as mulheres tendem a apresentar abalo em seu equilíbrio emocional e quadros de insônia e depressão (Rezk et al., 2013). Esses autores estudaram a qualidade de vida (QV) em pacientes submetidas à EP. Em relação aos sintomas depressivos, embora tenha sido constatada uma melhora no pós-operatório, as pacientes voltaram a piorar com o passar do tempo. O mesmo ocorreu com os sintomas de insônia, que apresentaram melhora após a EP, mas pioraram nos seis meses seguintes, verificando-se melhorias somente após um ano. Mesmo que os achados do presente estudo não tenham indicado um prejuízo em relação à insônia, nota-se uma concordância em relação à presença de ansiedade e depressão encontrada por Rezk et al. (2013) em pacientes submetidas à EP, já que a insônia é um sintoma vinculado à presença de ansiedade e depressão (Botega, 2012; DSM-V, 2014).

Também no estudo norte-americano realizado por Carter et al. (2004) com 11 mulheres que realizaram a EP, 67% das pacientes apresentaram tristeza e depressão. Culpa e pensamentos de sentirem-se um fardo aos familiares também foram evidenciadas. Sendo assim, percebe-se que os achados do presente estudo concordam com aqueles já identificados em estudos anteriores. Além disso, os resultados qualitativos estão em conformidade com esses achados. De fato, os medos, preocupações e dúvidas que emergiram nos relatos das participantes encontram-se relacionados à ansiedade e à

depressão, diante de toda a trajetória de sofrimento vivenciada desde o diagnóstico e durante o tratamento do câncer. Mesmo considerando a EP como um último recurso de cura, as repercussões físicas e psicossociais previstas a partir desse procedimento cirúrgico poderiam predispor à depressão.

Assim, os altos índices de ansiedade e depressão identificados nas pacientes do presente estudo poderiam estar associados à indicação da EP, considerando-se que essas mulheres, em alguma medida, previam a mutilação do seu corpo e a necessidade das ostomias. Em relação a esse aspecto, cabe destacar que essas pacientes haviam recebido o encaminhamento para a EP em um período próximo ao da coleta de dados e possivelmente ainda se encontravam sob o impacto dessa indicação médica. Desse modo, esses achados corroboram a literatura, evidenciando a experiência de episódios reativos, como ansiedade e depressão, entre as pacientes indicadas à EP (Carter et al., 2004; Rezk et al., 2013; Turn, 2001).

Por outro lado, essas mulheres já se encontravam em tratamento oncológico por um tempo e demonstravam temer sua nova condição física, ainda mais diante do insucesso dos tratamentos até então realizados. Nesse sentido, não se pode afirmar que a depressão e a ansiedade apresentadas pelas pacientes decorram somente dessa indicação cirúrgica. O diagnóstico de uma doença como o câncer causa um impacto emocional intenso nos pacientes (Moraes, 2003; Schávelzon, 1992). Ainda, a experiência de tratamento, além de dolorida e desgastante fisicamente, também o é emocionalmente, tendo em vista a necessidade de monitoramento constante e o medo da recidiva (Black & White, 2005; Carter, et al. 2004; Hawighrst-Knapstein, et al., 2004; Lee-Jones, Humphris, Dixon & Hatcher, 1997; Pusic & Mehara, 2006). Sendo assim, todo o contexto de diagnóstico e tratamento pode ter contribuído para os achados do presente estudo, e não apenas a indicação da EP. Assim, é provável que essa indicação tenha sido um fator estressor

adicional para essas mulheres, gerando ansiedade pelo fato de a EP ser algo desconhecido e mutilante, mas também por ser a única possibilidade de cura ainda existente. Por sua vez, a indicação da EP também poderia ter possibilitado o aparecimento de sintomas depressivos diante do luto pelo insucesso do tratamento até então realizado e pela perda de partes do corpo previstas em função da cirurgia, representadas pelas ostomias.

Nessa perspectiva, considerando-se os resultados qualitativos, foi possível perceber a intensidade das repercussões emocionais desse tipo de câncer e da indicação de EP na vida dessas pacientes. Como destacado, o medo e a preocupação com o uso de bolsas coletoras geraram desconforto e ansiedade. Estes dados corroboram alguns dos achados de Dabirian, Yaghmaei, Rassouli e Tafreshi (2011), que, através de um estudo qualitativo no Irã, avaliaram a qualidade de vida de 14 pacientes (entre 14 e 57 anos) que faziam uso de bolsas de colostomia. Os autores concluíram que muitos das dificuldades relatadas pelos pacientes ocorreram em um período inicial depois da cirurgia e, portanto, da colostomia. Mas, com o passar do tempo, observaram uma boa capacidade de adaptação e enfrentamento das pacientes às questões referentes ao uso e manejo da ostomia, tais como as mudanças na imagem corporal, ansiedade sobre o vazamento das fezes nas bolsas de colostomia, o odor, os ruídos intestinais e o empobrecimento da libido. Tais aspectos não emergiram no presente estudo provavelmente pelo momento de realização da entrevista (no caso, período pré-operatório).

De qualquer forma, outro aspecto que chamou a atenção foi o medo das pacientes acerca da reação e do preconceito das demais pessoas frente à presença das ostomias, mais do que da sua própria reação e necessidade de adaptação física e psíquica. No estudo de Huff e Castro (2011), realizado no sul do Brasil com mulheres com câncer ginecológico submetidas à EP, investigando as reações emocionais, a sexualidade e a relação conjugal, também se destacaram, entre outros aspectos, a insegurança quanto à imagem corporal e a

diminuição da auto-estima relacionadas às ostomias, com ênfase ao medo do abandono pelo parceiro. Nessa mesma direção, estudo realizado na Dinamarca com 15 pessoas com ostomia permanente, visando explorar o impacto dessa experiência na vida cotidiana, também foram identificados medo do preconceito e preocupações frente à revelação da ostomia para outras pessoas. Devido a isso, um comportamento de isolamento social autoimposto foi identificado, como estratégia para evitar essa revelação (Danielsen, Soerensen, Burcharth, & Rosenberg, 2013).

Também as eventuais repercussões da EP sobre a sexualidade emergiram nos relatos das participantes. No estudo já mencionado de Hawighrst-Knapstein et al. (2004) foi destacado que temas como as mudanças na imagem corporal e na sexualidade passaram a ser foco de sofrimento e insegurança para pacientes radicadas na Alemanha. Também Brown e Randle (2005), em revisão de literatura sobre pessoas que faziam uso de bolsas de colostomia, salientaram que os temas mais estudados nessa área são a qualidade de vida, a imagem corporal, a sexualidade e as preocupações sexuais, bem como o ajustamento psicossocial e o enfrentamento. Sendo assim, os achados do presente estudo corroboram parcialmente a literatura, já que foi encontrada preocupação das participantes acerca da aceitação do seu novo corpo por parceiro, filhos e demais pessoas com quem se relacionavam.

Contudo, embora a necessidade de mudança na imagem corporal tenha sido prevista pelas participantes, também foram encontrados relatos de ausência de preocupação em relação ao aspecto sexual, o que contraria a literatura. De fato, os estudos já realizados com esse público indicam que a sexualidade é um aspecto bastante impactado na EP (Carter et al., 2004; Huff & Castro, 2011; Pusic & Mehara, 2006; Rezk et al. 2013; Turn, 2001). Assim, pensa-se que esse achado do presente estudo pode ser decorrente do momento da coleta de dados (prévio ao procedimento), mas também decorra do tempo de

tratamento (média de 2 anos e 4 meses) e/ou do sofrimento já enfrentado nesse percurso, que incluiu, dentre outros sintomas, sangramentos vaginais, dores e, portanto, prejuízos na vida sexual já vigentes no momento da indicação da cirurgia.

Além disso, assim como no estudo qualitativo de Wright et al. (2006), realizado no Canadá com seis pacientes que haviam sido submetidas à EP, no qual enfatizaram que *“tudo o que mais importa é a saúde”*, também no presente estudo as pacientes destacaram a importância de enfrentar a EP e de se ajustar às mudanças físicas com o intuito de viver. Assim, o desejo de cura apresentou-se claramente, estando as pacientes dispostas a abdicar do próprio corpo e da sua sexualidade em prol da própria vida.

É possível supor também que essa motivação para viver e se curar tenha sido responsável por outra diferença encontrada entre os achados do presente estudo e aqueles de Wrigth et al. (2006). No caso, as pacientes informaram ter uma expectativa positiva em relação ao procedimento, referindo alívio e alegria por terem uma nova chance frente ao câncer com a realização da EP. Este elemento não foi verificado pelos autores, já que aquelas participantes pareceram decepcionadas frente às limitadas opções de tratamento da doença, embora também referissem a importância de acreditar nas possibilidades de tratamento existentes.

O medo é uma resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é relacionada à ameaça futura (DSM-V, 2014). Assim, medos e dúvidas das participantes quanto ao procedimento e seus resultados, encontrados no presente estudo, parecem adequados frente a uma cirurgia de grande porte como a EP. Nesse sentido, 103 pacientes austríacos com câncer, entrevistados por Hollaus, Pucher, Wilfing, Wurnig e Pridun (2003) antes de uma cirurgia, também referiram medo da repercussão do procedimento na sua qualidade de vida. Além disso, medos difusos foram mencionados por 47 pacientes (45.6%) no momento da entrevista. Já os demais referiram

medo de metástases (18,4%), de morte (10,7%), de dor (18,4%), de mutilação (10,7%) e de complicações cirúrgicas (16,5%). Dessa forma, percebe-se que as reações emocionais encontradas no presente estudo parecem condizentes com o momento vivido pelas pacientes, já que Wright et al. (2006) verificaram que aproximadamente 75% das mulheres submetidas à EP sofreram efeitos colaterais físicos e enfrentam um longo período de recuperação, apresentando problemas psicológicos, inclusive no pós-operatório.

Assim, os achados demonstram ser fundamental a realização de novos estudos sobre o tema, visando uma melhor assistência para essas pacientes. Em especial, destacam a necessidade de um acompanhamento psicológico pré-cirúrgico para mulheres indicadas a um procedimento altamente especializado e invasivo.

Considerações Finais

O presente estudo objetivou avaliar sinais de depressão e ansiedade em mulheres com câncer indicadas à EP e identificar as suas percepções e sentimentos frente a esse procedimento. Foi encontrado um alto índice de ansiedade e depressão entre as participantes, bem como sentimentos de medo, dúvida e preocupação frente ao procedimento e às ostomias. Por outro lado, também foram identificadas expectativas positivas frente à EP, isto é, de sucesso da cirurgia e cura do câncer. Por fim, relatos de aceitação das mudanças corporais e da sexualidade emergiram, concomitantemente a relatos de medo da reação de parceiros, filhos e demais pessoas frente a essas mudanças. De modo geral, esses achados concordam com a literatura consultada.

Entende-se que o presente estudo atingiu seus objetivos, na medida em que avaliou objetivamente e subjetivamente aspectos psicológicos de candidatas à EP no momento pré-cirúrgico, compreendendo de forma integrada esses achados. De fato, considera-se que a dimensão qualitativa, por meio da análise do conteúdo manifesto através das falas das participantes, trouxe um diferencial para a pesquisa, oportunizando conhecer os seus

medos, fantasias e expectativas em relação à EP, bem como refletir sobre os achados quantitativos.

Entretanto, sugere-se que novos estudos sejam realizados sobre o tema junto a esse público, principalmente enfatizando a forma singular como as pacientes vivenciam as mudanças previstas em suas vidas. Nesse sentido, estudos longitudinais são necessários, com o intuito de acompanhar o enfrentamento e a reinserção dessas pacientes no contexto em que vivem após a EP. De fato, estudos comparativos pré e pós-cirúrgicos auxiliariam no conhecimento de aspectos psicológicos dessas pacientes, relacionados à mutilação do corpo e à sexualidade, por exemplo. Particularmente, um estudo dessa natureza poderia esclarecer melhor a diferença encontrada entre os achados do presente estudo e a literatura da área no que diz respeito ao impacto da EP sobre a sexualidade. Ainda, tais investigações poderiam ampliar o escopo das variáveis emocionais investigadas, incluindo uma análise de mecanismos de defesa do ego e de comorbidades psiquiátricas tanto antes como após a realização da EP.

Além disso, mesmo considerando a baixa incidência da EP na realidade brasileira, já que se trata de um procedimento cirúrgico bastante especializado, sugere-se a ampliação do número de participantes em estudos futuros por meio de estudos multicêntricos, para comparar realidades sociais e culturais diversas.

O seguimento das investigações nessa área permitirá conhecer mais profundamente estas pacientes, o que repercutirá na qualidade da assistência psicológica prestada, por meio de uma compreensão psicodinâmica mais consistente, e a identificação da demanda psíquica das pacientes de uma forma mais eficaz. A partir do sofrimento que o câncer por si só acarreta, bem como o tratamento percorrido até a indicação da EP, além da particularidade desse procedimento e dos danos físicos e emocionais gerados à paciente, impõe-se a necessidade de um trabalho multidisciplinar com essa clientela, que englobe

profissionais da saúde mental, da Medicina e do Serviço Social, dentre outros. É nessa perspectiva que se conseguirá qualificar o trabalho assistencial às pacientes indicadas e submetidas à EP e, quiçá, contribuir para amenizar as suas dores nessa trajetória repleta de desafios rumo à sobrevivência.

Agradecimentos

Agradecemos especialmente a colaboração do Dr. José Pio Furtado, cirurgião oncológico do Hospital Santa Rita, da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, pelo apoio ao nosso estudo.

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)*. 5ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Avelar, A. M. A., Derchain, S. F. M., Camargo, C. P. P., Lourenço, L. S. de, Sarian, L. O. Z., Yoshida, A. (2006). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista Ciências Médicas Campinas*, 15(1), 11-20.
- Black, E. K., White, C. A. (2005). Fear of recurrence, sense of coherence and posttraumatic stress disorder in haematological cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14, 510-515.
- Botega, N. J. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363.
- Botega, N. J. (2012). Reação à doença e à hospitalização. In: *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência* (pp. 46-61). 3ªed. Porto Alegre: Artmed.

- Botega, N. J., Furlanetto, L., & Fráguas Jr., R. (2012). Depressão. In: N. J. Botega (Org.), *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência* (pp. 294-318). 3ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Brown, H. & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 74-81.
- Brunschwig, A., & Daniel, W. (1955). Observations on the urinary tract four to seven years after total pelvic exenteration and wet colostomy. *Annals of Surgery*, 142(4), 729-738.
- Carter, J., Chi, D., Abu-Rustum, N., Brown, L. C., McCreath, W., & Barakat, R. (2004). Brief report: Total pelvic exenteration - A retrospective clinical needs assessment. *Psycho-Oncology*, 13(2), 125-131.
- Castro, E. K., Aretz, M., Lawrenz, P., Romeiro, F. B., & Haas, S. A. (2013). Illness perceptions in Brazilian women with cervical cancer, women with precursory lesions and healthy women. *Psicooncologia*, 10(2-3), 417-423.
- Castro, E. K., Kreling, M., Porciano, C., Meneghetti, B. M., & Chem, C. M. (2012). Longitudinal assessment of illness perceptions in young adults with cancer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 671-678.
- Costa, S. R. P., Teixeira, A. C. P., & Lupinacci, R. A. (2008). A exenteração pélvica para o câncer de reto: Avaliação dos fatores prognósticos de sobrevida em 27 pacientes operados. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 1(28), 7-18.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M. & Tafreshi, M. Z. (2011). Quality of life ostomy patients: a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 5, 1-5.

Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burchaeth, K., Rosenberg, J., (2013). Learning to life with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*.40(4), 407-412.

Etapé, T. (2001). Disfunções sexuais em pacientes de câncer. In: M. R. D. E. Durá (Org.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp.481-492). Lisboa: Climepsi.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Estimativas 2014: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca. Retirado de www.inca.gov.br, acesso em 13 dez. 2014.

Franco, V. F. (2008). Exenteração pélvica no câncer ginecológico. In: C. E. R. Santos, & E. L. de Mello (Orgs.), *Manual de Cirurgia Oncológica* (pp. 593-603), 2ª.ed. São Paulo: Tecmedd.

Garza, J. de la, Wilson, S., & Behbakht, K. (2009). Total pelvic exenteration with a split-thickness skin graft neovagina, continent orthotopic neobladder and rectal reanastomosis, resulting in no external ostomies and adequate sexual function. *Gynecologic Oncology*, 115(2), 312-313.

Guimarães, G. C., Baiocchi, G., Ferreira, F. O., Kumagai, L. Y., Fallopa, C. C., Aguiar, S., Rossi, B. M., Soares, F. A., & Lopes, A. (2011). Palliative pelvic exenteration for patients with gynecological malignancies. *Archives of Gynecology Obstetrics Journal*. 283, 1107-1112.

Hawighrst-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, M. S., Pilch, H., Schoenefuss, G., Kelleher, K. D., Vaupel, P., Knapstein, G. P., & Koelbl, H. (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image: Results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic Oncology*, 94, 398-403.

Hollaus, P. H., Pucher, I., Wilfing, G., Wurning, P. N., Pridun, N. S., (2003). Preoperative attitudes, fear and expectations of non-small cell lung cancer patients. *Interactive Cardiovascular Thoracic Surgery*, 2, 206-209.

- Huff, R., & Castro, E. K. de. (2011). Repercussões emocionais do câncer ginecológico e exenteração pélvica. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 33-42.
- Hypólito da Silva, J. (2007). Exenteração pélvica e tratamento do câncer. *Arquivos de Gastroenterologia*, 44(4), 283.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A Construção do Saber: Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence – a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6, 95-105.
- Marcolino, J., Mathias, L., Piccinini Filho, L., Guaratini, A., Suzuki, F., & Alli, L. (2007). Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(1), 52-62.
- Neme, C. M. B., & Bredariolli, R. N. B. (2010). Mulheres com câncer de mama, de útero e de ovários: Estudos clínicos de casos. In: C. M. B. Neme (Org.), *Psico-Oncologia: Caminhos e Perspectivas* (pp. 99-147). São Paulo: Summus.
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica (Lisboa)*, 4(XVIII), 437-453.
- Pusic, A. L., & Mehrara, B. J. (2006). Vaginal reconstruction: An algorithm approach to defect classification and flap reconstruction. *Journal of Surgical Oncology*, 94(6), 515-521.
- Rezk, Y. A., Hurley, K. E., Carter, J., Dao, F., Bochner, B. H., Aubey, J. J., Caceres, A., Einstein, M. H., Abu-Rustum, N. R., Barakat, R. R., Makker, V., & Chi, D. S. (2013). A prospective study of quality of life in patients undergoing pelvic exenteration: Interim results. *Gynecologic Oncology*, 128(2), 191-197.

- Ross, E. J., Graeff, A. de, Eijkeren, M. A. van, Boon, T. A., & Heintz, A. P. M. (2004). Quality of life after pelvis exenteration. *Gynecologic Oncology*, 93, 610-614.
- Schávelzon, J. (1992). Sintomatología y tratamiento. In: *Psique, Cancerología, Psicología, Psicoterapia e Psicofarmacos* (pp. 64-119). Buenos Aires: Científica Interamericana.
- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S. D., Skovlund, E. & Dahl, A. A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 27-34.
- Talgham, C. (2011). Una mirada psicoanalítica acerca del cáncer ginecológico. In: P. Alkolombre (Org.), *Travesías del Cuerpo Feminino* (pp.233-262). Buenos Aires: Letra Viva.
- Turns, D. (2001). Psychosocial issues: Pelvic exenterative surgery. *International Journal of Surgical Oncology*, 76, 224-236.
- Wright, F., Crooks, D., Fitch, M., Hollenberg, E., Maier, B. A., Last, L. D., Greco, E., Miller, D., Law, C. H. L., Sharir, S., Fleshner, N. E., & Smith, A. J. (2006). Qualitative assessment of patient experiences related to extended pelvic resection for rectal cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 93, 92-99.

Tabela 1. Caracterização das participantes

Características	n=6
Idade (anos) – média ± DP	48,8 ± 9,9
Tempo de diagnóstico (anos) – média ± DP	2,4 ± 1,1
Estado civil – n(%)	
Casada/União estável	4 (66,7)
Separada	1 (16,7)
Viúva	1 (16,7)
Número de filhos – md (min – max)	3 (1 – 6)
Quimioterapia – n(%)	4 (66,7)
Radioterapia – n(%)	5 (83,3)
Braqueoterapia – n(%)	3 (50,0)
Cirurgia – n(%)	1 (16,7)
Realizou preventivo – n(%)	5 (83,3)
Diagnóstico – n(%)	
CA colo do útero	5 (83,3)
CA epidermóide de canal anal	1 (16,7)

CA = Câncer

Tabela 2. Resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

HADS	n=6
<u>Ansiedade</u>	
Escore Total – md (min – max)	9 (2 – 16)
Classificação – n(%)	
Com	3 (50,0)
Sem	3 (50,0)
<u>Depressão</u>	
Escore Total – md (min – max)	9,5 (1 – 17)
Classificação – n(%)	
Com	4 (66,7)
Sem	2 (33,3)

5. CONCLUSÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO

Nesse estudo objetivou-se avaliar sinais de depressão (incluindo ideação suicida) e ansiedade, bem como identificar as percepções e sentimentos de mulheres com câncer encaminhadas à cirurgia de exenteração pélvica (EP). Através dos estudos realizados (revisão sistemática e estudo empírico), observou-se que, inevitavelmente, essa cirurgia acarreta mudanças importantes, podendo desencadear diferentes níveis de ansiedade e depressão e ocasionar um prejuízo na qualidade de vida das pacientes mesmo antes da sua realização. A relação com o cônjuge e com os familiares pode ser atingida e assim, podem emergir sentimentos ambivalentes frente ao procedimento. Contudo, mesmo sendo uma cirurgia mutiladora, na qual há risco de morte, os estudos revisados não apontaram a desistência das pacientes, o que também foi identificado nessa pesquisa, na qual somente uma paciente adiou a decisão por oito meses. As demais decidiram rapidamente, considerando a cirurgia como a única possibilidade de manutenção da vida e do convívio com os familiares.

Através dos descritores utilizados na consulta à literatura, foram encontrados poucos estudos, apresentando como foco basicamente a qualidade de vida. Contudo, o estudo empírico demonstrou que a indicação para EP desperta diferentes sentimentos nas mulheres, tais como ansiedade, medos e preocupações relativas a diversos aspectos, como as ostomias e suas repercussões, a imagem corporal, a sexualidade e até a própria sobrevivência. De acordo com isso, sugere-se para novos estudos, a ampliação dos descritores usados ou mesmo a inserção de novas bases de dados para consulta.

No que tange ao artigo empírico, alguns comentários podem ser tecidos em relação aos resultados. A vagina, que representa a feminilidade e a vida, pois é um órgão gerador de prazer sexual e uma via para a geração dos filhos, neste estudo, chamou a atenção por não ter se destacado como um aspecto importante da identidade feminina. De fato, somente uma das seis mulheres preocupou-se em não mais “sentir-se mulher”. Todas as entrevistadas já tinham filhos e aquelas que ainda tinham vida sexual ativa não demonstraram frustração frente a este acometimento. Ao contrário, a grande maioria pareceu investir na própria saúde em prol da família e dos filhos, abrindo mão de sua sexualidade. De fato,

prevaleceu o medo de morrer e faltar aos filhos sobre a perda ou alteração da atividade sexual propriamente dita.

Por outro lado, identificou-se um abalo emocional importante referente às alterações do corpo no que tange ao possível uso das ostomias e suas repercussões nas atividades diárias. Talvez isso tenha se mostrado dessa forma porque as ostomias representariam concretamente a mutilação corporal de partes do corpo responsáveis pela micção e defecação, necessidades físicas que pareceram mais relevantes para as pacientes, em comparação às sexuais. Este fato atenta os profissionais da área hospitalar sobre a importância de focar o trabalho e sua atenção aos pacientes que irão utilizar, ou que já possuem, as bolsas coletoras.

Considera-se como uma limitação do estudo o fato de não ter sido realizada uma avaliação das pacientes no pós-operatório. Tal avaliação permitiria compreender melhor o impacto da EP nos aspectos investigados e em outros aspectos, tais como a adaptação às ostomias. Desta forma, destaca-se a importância da continuidade de estudos de seguimento dessas pacientes, em diferentes momentos do seu tratamento (internação, alta, reabilitação e reinserção na rotina de vida), com ênfase no manejo e adaptação às bolsas coletoras e ao novo corpo.

Ainda, seria relevante incluir outros aspectos em estudos de caráter longitudinal, não contemplados aqui, como os mecanismos de defesa do ego, ferramenta imprescindível para os Psicólogos compreenderem o funcionamento mental das pacientes, bem como as estratégias que lançam mão para enfrentar essa cirurgia. Além disso, o processo de luto também poderia ser foco de futuros estudos, visto que esta população sofre antecipadamente pelos órgãos que serão retirados na EP: o útero que gera filhos, a vagina que marca a identidade do feminino, trazendo a menstruação e proporcionando o erotismo e a vida sexual, assim como o ânus e a bexiga, por onde são liberados os excrementos e as impurezas do corpo. Diante da perda desses diferentes órgãos, é importante investigar também as fantasias dessas pacientes, pois, como visto no presente estudo, elas podem não mais sentirem-se completas.

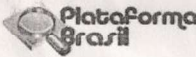
Mediante o exposto, esse estudo demonstrou a importância da proximidade das equipes de saúde mental às pacientes, realizando uma entrevista clínica completa e um acompanhamento qualificado, apontando e prevenindo quadros

depressivos e possíveis desorganizações psíquicas durante a internação e a após a alta. Do mesmo modo, auxiliando no fornecimento de informações claras sobre a cirurgia e suas possíveis sequelas.

Particularmente, considera-se oportuna a continuidade dos estudos na área, pois compreender a forma como a paciente se percebe, quais são seus temores, preocupações, conflitos e estilos de defesa, poderá contribuir para que psicólogos hospitalares tenham uma compreensão psicodinâmica mais consistente para auxiliar no tratamento destas pacientes. Também proporcionará que equipes multidisciplinares aprofundem-se no tema, revertendo em uma assistência mais integral e qualificada. Pensa-se que é dessa forma que se conseguirá ajudar essas pacientes a manejarem as repercussões físicas e psicossociais da cirurgia de EP.

6. ANEXOS

Anexo A - Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA e da ISCMPA

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE</p> 
<p>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</p> <p>Elaborado pela Instituição Coparticipante</p>
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: Saúde mental, sexualidade e satisfação conjugal de mulheres com câncer submetidas à cirurgia de exenteração pélvica</p> <p>Pesquisador: ANTONIO NOCCHI KALIL</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 1</p> <p>CAAE: 15075313.2.0000.5335</p> <p>Instituição Proponente: ISCMPA</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>
<p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 367.054</p> <p>Data da Relatoria: 15/08/2013</p> <p>Apresentação do Projeto: O Projeto encontra-se de acordo com as Normas estabelecidas pela resolução 466/12. Este projeto de pesquisa esta vinculado ao Programa de PPG-Ciências da Saúde, nível Mestrado.</p> <p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>- Geral: Avaliar a saúde mental, a sexualidade e a satisfação conjugal em mulheres com câncer ginecológico submetidas à cirurgia de Exenteração Pélvica.</p> <p>- Específicos: -Avaliar sinais de depressão (incluindo ideação suicida) e ansiedade em mulheres com câncer submetidas à cirurgia de Exenteração Pélvica; pré e pós cirurgia. -Identificar as percepções e sentimentos dessas mulheres frente à cirurgia de Exenteração Pélvica; -Analisar os Mecanismos de Defesa do Ego utilizados pós cirurgia; -Examinar as expectativas em relação à sexualidade após a cirurgia; -Avaliar a percepção de feminilidade prévia e posterior à Exenteração Pélvica.</p>
<p>Endereço: Rua Sarmento Leite ,245 Bairro: CEP: 90.050-170 UF: RS Município: PORTO ALEGRE Telefone: (51)303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br</p>

Página 01 de 02

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 367.054

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Riscos mínimos inerentes a pesquisa. Caso alguma participante sinta que não encontra-se em condições de emocionais de fazer parte do estudo, imediatamente será encerrada a pesquisa, mas oferecida que siga em acompanhamento psicológico com a equipe de psicologia do Hospital Santa Rita.
Benefícios: Através da participação neste estudo, a paciente terá a oportunidade de expressar seus sentimentos, medos, dúvidas, entres outros aspectos, frente à cirurgia. Além disso, proporcionará às equipes aprimorar a qualidade da assistência das mulheres submetidas a este procedimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto encontra-se em plenas condições de ser executado, uma vez que preenche todos os critérios preconizados por este Comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as considerações do Relator.

PORTO ALEGRE, 21 de Agosto de 2013

Assinador por:

José Geraldo Vernet Taborda
(Coordenador)


Júlia S. Pereira Lima
Vice-Coordenadora CEP/UFCSPA

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro:

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Estudo: Saúde Mental, Sexualidade e Satisfação Conjugal de Mulheres com Câncer Submetidas à Cirurgia de Exenteração Pélvica

Data da versão do TCLE: 25/07/14

Prezada Senhora:

Com o objetivo de avaliar os aspectos psicológicos de mulheres que foram submetidas à cirurgia de Exenteração Pélvica, estamos realizando uma pesquisa que visa conhecer o impacto do seu problema de saúde para a sua vida, visto que no Brasil existem poucos casos relatados, o que implica na necessidade de aprofundar o tema. Os resultados dessa pesquisa proporcionarão um maior conhecimento do assunto na nossa realidade e trarão subsídios para futuras intervenções de psicólogos e demais profissionais da saúde junto a pacientes que sofrem do mesmo problema que você. Assim, teremos um melhor entendimento dos fatores emocionais que envolvem este tipo de cirurgia.

Dessa forma, estamos lhe convidando a participar desse estudo, intitulado: **“Saúde Mental, Sexualidade e Satisfação Conjugal de Mulheres com Câncer Submetidas à Cirurgia de Exenteração Pélvica”**. Para tanto, pedimos a sua autorização para participação, através da assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma será entregue a você e a outra será arquivada pelo pesquisador. Embora a sua assinatura indique que você deseja colaborar com nosso estudo, a qualquer momento você poderá retirar essa autorização, sem prejuízo para o tratamento médico e para o atendimento psicológico que você recebe ou receberá no Hospital.

É importante salientar que a participação na pesquisa é totalmente voluntária. Para participar, você deverá responder a algumas perguntas sobre o seu tratamento de saúde e a sua vida cotidiana e preencher alguns questionários sobre aspectos emocionais, antes e após a cirurgia. Além disso, duas entrevistas serão realizadas com você sobre as suas experiências e expectativas frente ao seu tratamento e à cirurgia, antes e após a cirurgia. Essas entrevistas terão duração de aproximadamente trinta minutos e serão gravadas em áudio. Contudo, ressaltamos que todas as informações fornecidas por você somente serão utilizadas para fins desse estudo, que somente os pesquisadores terão acesso a essas informações e que sua identidade não será revelada sob hipótese nenhuma.

As entrevistas e os questionários serão realizados durante seu período de hospitalização na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Portanto, você não terá custos com o transporte. Caso haja a necessidade de você vir ao hospital responder algum questionário ou entrevista em outro momento, serão organizados horários de acordo com suas consultas, aproveitando a sua presença no hospital, o que não gerará custos adicionais para você.

A realização dessas atividades não lhe trará nenhum malefício, mas, caso suscite algum desconforto emocional, asseguramos para você uma possibilidade de acompanhamento com algum membro da equipe de Psicologia do Hospital Santa Rita. Por outro lado, participar do estudo permitirá o conhecimento das vivências que perpassam a exenteração pélvica, contribuindo com o seu atendimento e o de outros pacientes. Além disso, será um momento para você expressar seus sentimentos, percepções e medos, o que poderá lhe trazer um conforto emocional.

Antes de assinar esse documento e decidir pela sua participação, informamos que em qualquer momento do andamento deste estudo estaremos à disposição para esclarecer dúvidas relativas ao projeto e à sua metodologia, através do telefone **(51) 32137420 e (51) 93557559** ou pelo e-mail silvia.haas@santacasa.tche.br com a mestrandia **Sílvia Abduch Haas**, que está sendo orientada pelos Professores **Dr. Antônio Nocchi Kalil** e **Dra. Daniela Centenaro Levandowski** e também pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, com **Dr. Cláudio Telöken**, pelo telefone (51) 32148571.

Porto Alegre,dede 20.....

.....
Nome do (a) pesquisador (a)

.....
Assinatura do (a) pesquisador (a)

Eu,(nome da participante voluntária), declaro que fui informada dos objetivos e procedimentos do estudo: "**Saúde Mental, Sexualidade e Satisfação Conjugal de Mulheres com Câncer Submetidas à Cirurgia de Exenteração Pélvica**". Diante de minha aceitação para a participação, dou meu consentimento.

Porto Alegre,dede 20.....

.....
Assinatura da participante

Anexo C - Ficha de Dados Sociodemográficos

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data da entrevista: _____ Entrevistador: _____

Iniciais da participante: _____ Idade: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____ série/ano () ensino fundamental () ensino médio

() curso técnico () curso superior

Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 2 a 3 salários mínimos () de 4 a 5 salários mínimos () mais de 5 salários mínimos

Religião: _____

Estado Civil: () casada () separada () viúva () relacionamento estável () tenho namorado, mas não moro na mesma casa

Tempo de relacionamento: _____ anos

Número de filhos: _____

Filho 1 - Idade: _____ anos Sexo: () masculino () feminino

Filho 2 - Idade: _____ anos Sexo: () masculino () feminino

Filho 3 - Idade: _____ anos Sexo: () masculino () feminino

Filho 4 - Idade: _____ anos Sexo: () masculino () feminino

Tipo de Câncer: _____

Tipos de tratamento já realizados: () Quimioterapia () Radioterapia () Cirurgia
() outros, qual? _____

Tempo de diagnóstico de Câncer: _____

Tratamentos a realizar: () Quimioterapia () Radioterapia () Cirurgia
() outros, qual? _____

Você fará Exenteração Pélvica? () sim () não () ainda estou decidindo

Por que? _____

Você compreendeu o que é isso? () sim () não () compreendi parcialmente

Dúvidas sobre o procedimento:

Anexo D - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tensa ou contraída:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentada à vontade e me sentir relaxada:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieta, como se eu não pudesse ficar parada em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animada as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

Anexo E - Roteiro de entrevista

Roteiro de entrevista

Iniciais da participante: _____ Idade: _____

Entrevistador: _____ Data: _____

1. Como você descobriu sua doença? Há quanto tempo foi isso?
2. Como reagiu a esta descoberta?
3. Como tem sido o tratamento?
4. Como recebeu a notícia da Exenteração Pélvica?
5. Que ideias vieram à sua cabeça nos momentos seguintes?
6. Quanto tempo você precisou até tomar a decisão de operar?
7. O que te levou a decidir pela cirurgia?
8. Como a família recebeu a notícia?
9. Como o seu companheiro recebeu a notícia?
10. Vocês conversam sobre a cirurgia?
11. Quais foram as pessoas que te ajudaram nesta decisão?
12. Qual foi a pessoa com quem você mais conversou sobre este assunto?
13. Alguma vez pensou em desistir do tratamento?
14. Alguma vez pensou alguma vez em suicídio?

Anexo F - Normas da revista Estudos de Psicologia (PUCCAMP)

ISSN 0103-166X *versão impressa*

ISSN 1982-0275 *versión online*

Introdução

Estudos de Psicologia é uma revista científica trimestral (ISSN: 0103-166X), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (home page da revista: <http://www.scielo.br/estpsi>).

Tem por missão promover e divulgar o conhecimento científico e técnico na área de Psicologia, bem como discutir o significado de práticas nos campos profissional e da pesquisa, por meio da publicação de artigos originais que representem contribuições relevantes para a área de Psicologia. Publica, também, trabalhos teóricos, revisões críticas e comunicações relevantes à Psicologia como ciência e profissão.

A Revista foi fundada em 1983 e, atualmente, está classificada como A2 na lista Qualis/Capes. É indexada nas seguintes bases de dados nacionais e internacionais: SciELO, Lilacs, PsycINFO, Psycodoc, Latindex, Clase, Index Psi.

Estudos de Psicologia incentiva contribuições da comunidade científica nacional e internacional, e é distribuída a leitores de todo o Brasil e de vários outros países. Todos os artigos devem ser submetidos de forma eletrônica pela página <<http://www.scielo.br/estpsi>>.

Tipos de trabalhos aceitos pela revista Estudos de Psicologia

Antes do envio do manuscrito para avaliação dos consultores *ad hoc* ele é submetido à pré-análise pelo Conselho Editorial. As seguintes categorias de trabalhos são aceitas para publicação:

- **Relato de pesquisa:** artigos originais baseados em dados empíricos. Estes artigos consistem das seguintes seções: introdução, método, resultados e discussão.
- **Artigo teórico:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Psicologia, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas.
- **Artigo de Revisão Sistemática da literatura:** apresenta síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, respondendo a alguma pergunta específica e de relevância para a área da Psicologia. Descreve o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados.
- **Estudo de Caso:** relatos de trabalhos feitos com indivíduos, grupos ou organizações indicando um problema e uma maneira de solucioná-lo, baseando-se na literatura.
- **Resenha:** apresentação e análise crítica de livro publicado na área há, no máximo, 1 ano anterior a submissão.

Todos estes tipos de artigos deverão apresentar no máximo vinte e cinco laudas, incluindo tabelas e figuras, e referências. A contagem de páginas começa pela página de rosto, numerada como página 1. O manuscrito que se enquadra nas categorias acima será submetido à pré-análise da Comissão Editorial.

Questões éticas

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa. Devem também assinar a Declaração de Atendimento aos Princípios da Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Além disso, deverá constar uma clara afirmação no último parágrafo do item Método deste cumprimento.

Conflitos de interesse

Os autores devem declarar, em carta, de forma explícita, individualmente, qualquer potencial conflito de interesse financeiro, direto e/ou indireto, e não financeiro etc.

Apreciação pelo conselho editorial

Os originais serão aceitos para avaliação desde que não tenham sido enviados para nenhum outro periódico e/ou publicados anteriormente e que venham acompanhados de carta de encaminhamento, assinada pelos autores do trabalho, solicitando publicação na Revista.

O processo editorial só terá início se os manuscritos encaminhados obedecerem às condições das Instruções. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou outros documentos, antes mesmo de serem submetidos à pré-análise da Comissão Editorial e à posterior avaliação de mérito do trabalho pelos revisores *ad hoc*.

Ao passar pela etapa de pré-análise, pode-se ter como desfecho:

- (1) encaminhá-lo para os consultores *ad hoc*.
- (2) devolver o manuscrito aos autores, solicitando modificações.
- (3) recusá-lo quanto a: (i) conteúdo, no que se refere à linha temática da revista; (ii) originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia científica utilizada.
- (4) o manuscrito será enviado ao processo de avaliação pelos revisores *ad hoc*, caso atenda aos critérios supracitados.

A Estudos de Psicologia não publica mais que dois artigos do mesmo autor no mesmo ano (volume). Esse procedimento visa aumentar o número de temas e de colaborações provenientes de autores nacionais e internacionais.

1) Avaliação de manuscritos

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Por isso, os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito. Os originais serão encaminhados, sem o(s) nome(s) do(s) autor(es), a pelo menos dois revisores *ad hoc*.

São necessários dois pareceres favoráveis para a aceitação final da publicação. Caso ocorra um desacordo, o original será enviado para mais um revisor, para nova avaliação.

No caso de identificação de conflito de interesses por parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*.

A identificação dos pareceres emitidos será mantida em absoluto sigilo. Aos autores, será comunicada a decisão de aceitação ou recusa do trabalho.

Os trabalhos que receberem sugestões para alterações serão devolvidos aos autores para as devidas correções, com os pareceres emitidos, devendo ser devolvidos no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Os pareceres dos revisores comportam quatro possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise, após pequena reformulação; c) recomendação de nova análise, após extensa reformulação; d) recusa. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

No último número de cada volume da revista, será publicada a *nominata* dos consultores *ad hoc* que colaboraram na avaliação dos manuscritos, no ano corrente.

O processo de avaliação dos manuscritos terminará na segunda versão. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. Pequenas alterações no

texto poderão ser feitas pelo Conselho Editorial da revista, de acordo com critérios e normas de revisão internas.

2) Provas

Serão enviadas provas tipográficas aos autores para a correção de erros de impressão. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada. Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase. Cada autor de artigo publicado receberá dois exemplares do fascículo no qual seu estudo foi publicado.

Forma de apresentação dos originais

Estudos de Psicologia adota as normas de publicação da American Psychological Association - APA (6ª edição, 2010).

Os originais deverão ser redigidos em português, inglês, francês ou espanhol. Todos os originais deverão incluir título e resumo em inglês.

Para submeter o artigo para avaliação pelo Conselho Editorial da Revista Estudos de Psicologia os manuscritos deverão ser enviados via eletrônica e inserido no site: <<http://www.scielo.br/estpsi>>. Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, *e-mail* ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pelos editores.

O texto deve ser preparado em: (i) espaço duplo; (ii) com fonte Arial 12; (iii) deverá ter entre 15-25 laudas; (iv) o arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar à versão 97-2003 do Word; (v) o papel deverá ser de tamanho A4; (vi) com formatação de margens superior e inferior (2,5 cm), esquerda e direita (3 cm); (vii) numeração das páginas canto inferior direito e (viii) todos os endereços com links para Internet (URL) nas referências deverão estar ativos e levar diretamente ao documento citado.

Importante: a avaliação dos manuscritos é feita às cegas quanto à identidade dos autores. É responsabilidade dos autores garantirem que não haja elementos capazes de identificá-los em qualquer parte do texto. Não serão aceitos anexos, tampouco notas de rodapé no corpo do texto.

Publicação em inglês: em caso de aprovação, os artigos indicados pelo Conselho Editorial serão publicados na versão em inglês. Nestes casos para que o manuscrito seja publicado, os autores deverão providenciar sua versão completa (tal como aprovado) para o inglês, arcando com os custos de sua tradução. Para assegurar a qualidade e uniformidade dos textos traduzidos para a Língua Inglesa, esse trabalho deverá ser realizado, necessariamente, por um tradutor altamente capacitado e com experiência comprovada na versão de textos científicos, indicados e credenciados junto à Revista.

Versão reformulada

A versão reformulada deverá ser encaminhada via site <<http://www.scielo.br/estpsi>>. Os autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho. As modificações deverão ser destacadas em fonte na cor azul, sendo anexada a uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações da consultoria, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. Caso os autores não encaminhem o manuscrito revisado e a carta-resposta no prazo estipulado, o processo editorial será encerrado, em qualquer etapa da submissão.

Os trabalhos deverão apresentar os seguintes elementos, respeitando-se a ordem aqui sugerida:

1) Folha de rosto com identificação dos autores, contendo:

Título completo em português: deverá ser conciso e evitar palavras desnecessárias e/ou redundantes, como "avaliação do...", "considerações acerca de...", "Um estudo exploratório sobre...".

- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não excedendo cinco palavras.
- Título completo em inglês, compatível com o título em português.
- Nome de cada autor, por extenso, seguido por afiliação institucional. Não abreviar os prenomes.
- Todos os dados da titulação e filiação deverão ser apresentados por extenso, sem nenhuma sigla.
- Os autores devem declarar de forma explícita, individualmente, qualquer potencial conflito de interesse financeiro, direto e/ou indireto, e não financeiro etc.
- Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados todos os autores.
- Indicação de endereço para correspondência com o editor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico.
- Poderá ser incluída nota de rodapé contendo apoio financeiro, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos, em parágrafo não superior a três linhas. Este parágrafo deverá informar, também, a origem do trabalho e outras informações que forem consideradas relevantes.
- Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes bibliográficas, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

2) Folha de rosto à parte

Deverá conter somente o nome do artigo e sua tradução em inglês, sem identificação dos autores.

3) Folha à parte contendo resumo em português

O resumo deverá conter, no mínimo, 100 e, no máximo, 150 palavras. Não é permitido o uso de siglas ou citações. Deverá conter, ao final, de 3-5 palavras-chave que descrevam exatamente o conteúdo do trabalho. As palavras-chave ou descritores deverão ser obtidos na Terminologia Psi <<http://www.bvs-psi.org.br>> ou na Terminologia em Ciências da Saúde (DeCS) <<http://decs.br>>. As palavras-chave ou descritores deverão estar escritos em letras minúsculas, separadas por ponto e vírgula.

O resumo deverá incluir breve referência ao problema investigado, características da amostra, método usado para a coleta de dados, resultados e conclusões. Apenas a resenha dispensa o resumo. O resumo segue a numeração da capa com identificação dos autores, e da folha sem identificação dos autores, devendo ser numerado como página 3.

4) Folha à parte contendo abstract em inglês

O abstract deverá ser compatível com o texto do resumo. Deverá seguir as mesmas normas, e vir acompanhado de key words também obtidas nos sites da BVS <<http://www.bvs-psi.org.br>> e <<http://decs.br>>. Esta página será numerada como página 4.

5) Organização do trabalho

O texto de todo trabalho submetido à publicação deverá ter uma organização clara e títulos e subtítulos que facilitem a leitura. Para artigos quantitativos, o texto deverá, obrigatoriamente, apresentar: introdução; método com informações consistentes sobre os participantes, instrumentos e procedimentos utilizados. Ao final da seção Método, deverá

constar uma clara afirmação quanto ao atendimento sobre os procedimentos éticos adotados. Resultados: relato dos mais importantes, que respondem aos objetivos da pesquisa. Discussão que deverá explorar, adequada e objetivamente, os resultados discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura. As limitações do estudo assim como assim como sugestões para futuras pesquisas devem ser apontadas.

Para artigos qualitativos, as seções podem variar de acordo com a ordem do seu conteúdo.

6) Ilustrações

Tabelas e figuras deverão ser limitados ao total de 5, sendo numerados consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Deverão ser apresentados em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. A cada um se deverá atribuir um título breve.

O autor se responsabiliza pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 cm e 15cm, respectivamente), pois, não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 600 Dpi.

As palavras **Figura, Tabela e Anexo**, que aparecerem no texto, deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número (Figuras, Tabelas e Anexos) a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Os títulos deverão ser concisos. Imagens coloridas não serão aceitas.

7) Citações

Não serão aceitas referências secundárias, ou seja, a citação de citação do autor original.

As citações de artigos de autoria múltipla deverão ser feitas da seguinte forma:

- Artigo com dois autores: citar os dois autores sempre que o artigo for referido.
- Artigo com três a cinco autores: citar todos os autores na primeira aparição no texto; da segunda aparição em diante, utilizar sobrenome do primeiro autor seguido de et al. e a data.
- Artigos com seis autores ou mais: citar o sobrenome do primeiro autor seguido de et al. e do ano, desde a primeira aparição no texto.

No caso de **citação literal**, com até 40 palavras, devem vir no corpo do texto entre aspas, com indicação do sobrenome do autor, a data e a página.

As citações com mais de 40 palavras devem vir em um novo parágrafo, com espaçamento simples, fonte tamanho 11 e com recuo de 4cm da margem esquerda.

Obras antigas e reeditadas

Em caso de citações antigas, com novas edições da obra, a citação deverá incluir as duas datas, a original e a data da edição lida pelo autor. Por exemplo: Freud (1912/1969, p.154). Caso haja outras citações ou referências de outros textos da mesma publicação consultada, diferencie com letras minúsculas. Por exemplo, Freud (1939/1969a) e assim sucessivamente.

A Revista não adota as expressões latinas, a saber: *idem (id)*, *ibidem (ibid)*, *opus citatum (op. cit.)*

8) Referências

Trabalhos com um único autor deverão vir antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo.

Em caso de trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os coautores sejam diferentes, deverá ser assumida como critério a ordem alfabética dos sobrenomes dos coautores.

Trabalhos com os mesmos autores deverão ser ordenados por data, vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data. Deverão ser diferenciados em "a" e "b". Artigo no prelo deverá ser evitado.

Incluir o Identificador de Objeto Digital (DOI) nas referências caso ele tenha sido informado na publicação.

A formatação das referências deverá facilitar a tarefa de revisão e de editoração; para tal, entrelinhas de 1,5 e tamanho de fonte 12. Sugere-se a inclusão de referências de artigos já publicados na revista Estudos de Psicologia como forma de aumentar o seu fator de impacto.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor, do mesmo modo que o conteúdo dos trabalhos é de sua exclusiva responsabilidade. Todos os autores, cujos trabalhos forem citados no texto, deverão ser seguidos da data de publicação e listados na seção de Referências. As citações e referências deverão ser feitas de acordo com as normas da APA (6. ed., 2010).

Exemplos

Artigo com dois autores

Garcia del Castillo, J. A., Dias, P. C., & Castelar-Perim, P. (2012). Autor-regulação e consumo de substâncias na adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 238-247.

Artigo com mais de sete autores

Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Linna, S. L., ... Tamminen, T. (1998). Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse & Neglect*, 22(7), 705–717.

Livros

Fernandes, J. M. G. A., & Gutierrez Filho, P. J. B. (2012). *Psicomotricidade: abordagens emergentes*. Barueri: Manole.

Capítulos de livros

Böhm, G., & Tanner, C. (2012). Environmental risk perception. In L. Steg, A. E. van den Berg & J. I. M. Groot (Eds.), *Environmental psychology: An introduction*. Oxford: BPS Blackwell.

Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Sartre, J-P. (2012). *The imagination*. New York: Routledge. (Original work published 1936).

Teses ou dissertações não-publicadas

Vasconcellos, T. B. (2012). *Um diálogo sobre a noção de autenticidade* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo.

Autoria institucional

World Health Organization. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems evidence summaries and grade tables*. Washington, DC: The Author.

Trabalho apresentado em congressos publicado em anais

Malabris, L. E. (2006). A terapia cognitivo-comportamental frente ao stress ocupacional e a síndrome de Burnout. *Anais do VI Congresso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas* (Vol. 1). Buenos Aires.

Material eletrônico

Artigos de periódicos

Romanini, M., & Roso, A. (2012). Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. *Psicologia USP*, 23(2), 343-365. Recuperado em outubro 8, 2012, disponível em <<http://www.scielo.br>>. doi: 10.1590/S0103-65642012005000002.

Teses ou dissertações não publicadas

Bruckman, A. (1997). *MOOSE crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids* (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology). Retrieved from <<http://www.static.cc.gatech.edu/~asb/thesis/>>.

Autoria institucional

Instituto Nacional de Câncer. (2012). *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Recuperado em outubro 8, 2012, disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>.

Trabalho apresentado em congresso publicado em anais

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008). The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Washington, DC. Retrieved December 13, 2012, from <<http://www.pnas.org/content/105/34/12593.full.pdf+html>>.

9) Anexos

Evite. Só poderão ser introduzidos se for indispensável para a compreensão dos textos.

Lista de Verificação

1. Declarações de responsabilidade e de transferência de direitos autorais assinadas por cada autor.
2. Página de rosto com a identificação dos autores e suas instituições.
3. Incluir título do original, em português e inglês.
4. Incluir agradecimentos com os nomes de agências financiadoras, caso necessário.
5. Incluir título abreviado, não excedendo cinco (5) palavras, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
6. Página de rosto sem identificação de autores, contendo apenas o título em português e inglês.
7. Resumo em folha à parte, no máximo 150 palavras, contendo, ao final, com 3-5 palavras-chave.
8. Abstract em folha a parte, máximo 150 palavras, contendo ao final 3-5 *key words*.
9. Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letra Arial, tamanho 12 e espaço duplo, e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo, 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo, 3cm).
10. Verificar se as referências estão normalizadas segundo o estilo da APA - 6a. ed. (2010).
11. Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas reproduzidas de outras fontes.

Política de acesso público

A Revista proporciona acesso público – *open Access* - a todo seu conteúdo e são protegidos pela [Licença Creative Commons](#) (CC BY-NC Atribuição não comercial).

Direitos autorais da revista Estudos de Psicologia

Todos os direitos editoriais publicados são reservados a Instituição a qual a Revista está vinculada. Nenhuma parte das publicações pode ser reproduzida, sem prévia permissão por escrito do editor chefe, ou sem constar o crédito de referência, de acordo com as leis de direitos autorais vigentes no Brasil. A aceitação do trabalho para a publicação implica na transferência de direitos do autor para a revista, sendo assegurada a mais ampla disseminação da informação.

Documentos

Declaração de responsabilidade e transferências de direitos autorais

Cada autor deve ler e assinar os documentos:

1) Declaração de responsabilidade, 2) transferências de direitos autorais e 3) declaração de atendimento aos princípios éticos.

Cada autor deve ler e assinar os documentos:

1. Declaração de responsabilidade

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito).

- Autor responsável pelas negociações:

Certifico que:

- Participei da concepção do trabalho e torno pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo;

- Não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

- Trata-se de artigo original e o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra revista, e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela **Estudos de Psicologia**, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Assinatura do(s) autores(s)

Data... /... /....

2. Transferência de Direitos Autorais

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito):

- Autor responsável pelas negociações:

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a revista **Estudos de Psicologia** passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da revista, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista.

Assinatura do(s) autores(s).....

Data..... /... /

3. Declaração de atendimento aos princípios da ética em pesquisa em seres humanos

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito):

- Autor responsável pelas negociações:

Declaro, pelo presente documento, que foram respeitados os princípios éticos de pesquisa com seres humanos no artigo apresentado à revista **Estudos de Psicologia Campinas**.

Assinatura do(s) autores(s).....

Data..... /... /

Estudos de Psicologia

Núcleo de Editoração SBI - Campus II Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama - 13060-904 - Campinas, SP, Brasil Fone/Fax:+55-19-3343-6875 E-mail: sbi.estudosdepsicologiapuc@puc-campinas.edu.br URL: <http://www.scielo.br/estpsi>

Anexo G - Normas da revista Psicologia, Reflexão e Crítica (UFRGS)

ISSN 0102-7972 *versão impressa*

ISSN 1678-7153 *versão online*

Objetivo e política editorial

São publicados trabalhos originais na área de Processos Psicológicos Básicos, Avaliação Psicológica, Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia da Saúde, nas seguintes categorias: relatos de pesquisa, artigos teóricos ou de revisão sistemática, comunicações breves e resenhas. Os autores, ao encaminharem seus artigos, deverão enviar carta ao editor, justificando sua escolha e destacando as contribuições e a relevância do trabalho para a área pretendida. Além disso, quando pertinente, os autores também deverão incluir uma declaração de que os procedimentos éticos foram seguidos de acordo com a legislação vigente no(s) país(es) em que foi realizada a pesquisa, incluindo cópia de aprovação do Comitê de Ética, quando se tratar de artigo empírico. A nova descrição das áreas, a partir da contribuição dos editores associados em sua reformulação, passa a ser a seguinte:

PROCESSOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS: Nessa área são incluídos estudos sobre processos como sensação, atenção, percepção, aprendizagem, linguagem, memória, motivação e emoção. Para efeito desta tematização da revista, estudos que investiguem funções cognitivas complexas, como: linguagem, raciocínio, resolução de problemas, tomada de decisão, funções executivas também podem ser incluídos. Geralmente, são aceitos estudos que empregam os métodos experimental e quase experimental, abordando interfaces com as áreas de neurociências, neuropsicologia, neurologia, psicologia cognitiva, psicobiologia, psicofarmacologia, e análise experimental do comportamento. São aceitos estudos com populações clínicas e não clínicas, em contextos experimentais ou naturais, em ambientes formais e não formais, cibernéticos e de realidade virtual.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: Esta seção está focada no avanço da ciência, da prática e da ética da avaliação psicológica nos seus diversos contextos, incluindo trabalhos com temas relacionados à mensuração psicológica e psicometria, adaptação, desenvolvimento, validação ou normatização de instrumentos, uso de instrumentos para fins de avaliação psicológica, psicodiagnóstico, avaliação de intervenções ou de programas e estudos de caso envolvendo o uso de instrumentos. Artigos centrados na avaliação do funcionamento cognitivo e neuropsicológico, personalidade e psicopatologia, bem como avaliação empírica de fenômenos clinicamente relevantes, tais como comportamentos disfuncionais, características e diagnósticos de personalidade, também poderão ser submetidos. Além disso, poderão fazer parte dessa seção trabalhos que envolvam questões éticas ou técnicas envolvendo Avaliação Psicológica.

PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO: Para publicar nessa seção os estudos devem apresentar uma abordagem evolutiva, não sendo suficiente ter sido realizado com crianças, adolescentes, adultos ou idosos para ter potencial para ser publicado nessa área. O estudo do desenvolvimento em psicologia consiste na investigação de mudanças ao longo do tempo no fenômeno de interesse. Uma abordagem evolutiva requer pesquisa no período de tempo durante o qual as mudanças enfocadas ocorrem, sejam em um período relativamente curto de tempo (mudanças microgenéticas) sejam em um período relativamente longo de tempo (mudanças ontogenéticas). Para a compreensão dos *processos* envolvidos nas mudanças, estudos longitudinais são essenciais; também pesquisas transversais possibilitam mostrar se as diferenças previstas (por exemplo, em

sentimentos, valores, cognição ou socialização) são encontradas em amostras que incluem as idades relevantes para o tópico que está sendo estudado; e, ainda, alguns tipos de método retrospectivo também possibilitam acessar mudanças relacionadas com a idade. Mudanças microgenéticas referem-se a mudanças que ocorrem em um período relativamente curto de tempo, por exemplo, da heterorregulação para a autorregulação em tarefas de resolução de problemas por crianças; mudanças durante a aprendizagem de habilidades ou tarefas específicas. Mudanças ontogenéticas geralmente ocorrem durante períodos mais longos de tempo, por exemplo, quando se investiga mudanças na forma de pensamento, relações sociais ou respostas emocionais na passagem dos jovens pela puberdade ou quando atingem o pensamento formal, ou ainda, a transição para a parentalidade, os efeitos da obtenção de um novo emprego, da aposentadoria ou da viuvez na vida de adultos. A origem da mudança pode ser psicobiológica (por exemplo, aumento da mielinização do córtex cerebral; passagem pela puberdade; variação nos níveis de motivação ou persistência, etc.), ambiental (por exemplo, os efeitos do fumo no peso dos bebês ao nascer; a exposição à intoxicação do ar ou da água), social (necessidade de aprender uma nova habilidade em casa, na escola ou no trabalho; mudança de escola; processo de divórcio; saída dos filhos de casa, etc.), cultural (por exemplo, mudança de país; casamento com pessoa de um grupo étnico diferente do seu próprio), ou uma combinação de duas ou mais destas.

PSICOLOGIA DA SAÚDE: Nessa área são incluídos estudos sobre as relações empíricas entre os fatores psicológicos, o comportamento e a saúde. A seção Psicologia da Saúde publica artigos acadêmicos originais que abordem temas como: Fatores contextuais e do comportamento que podem contribuir para o adoecimento ou a prevenção das doenças; avaliação das abordagens em saúde; comportamentos de proteção ou de risco para a saúde; estratégias de promoção e educação para a saúde; psicologia pediátrica; psico-oncologia; envelhecimento saudável; avaliação e divulgação de intervenções em psicologia da saúde baseadas em evidências que têm como alvo tanto o indivíduo, a família, o grupo, ou comunidade; etnia, classe social, gênero e orientação sexual na saúde; disparidades em saúde; aplicações dos resultados de pesquisas para as políticas relacionadas com a saúde; questões profissionais em psicologia da saúde, incluindo a formação e supervisão. A política editorial da revista **Psicologia: Reflexão e Crítica/psychology** consiste na avaliação por pares, seguindo os critérios abaixo descritos.

Passos da submissão eletrônica

A partir do dia primeiro de junho de 2012, passou a ser cobrada taxa de publicação de R\$350,00 (ver "Taxa de publicação" abaixo)

A submissão eletrônica de artigos segue dois passos: e-mail de encaminhamento e sua apresentação formal, descritos a seguir. Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do manuscrito e poderão acompanhar o processo de editoração eletrônica utilizando seu nome de usuário e senha. Os manuscritos somente iniciarão o processo editorial com o cadastramento de TODOS os autores no sítio da Revista e de seus respectivos emails.

Passo 1: O(a) autor(a) principal envia um e-mail de encaminhamento a editora (prcrev@ufrgs.br), autorizando o início do processo editorial de seu manuscrito. TODOS os autores devem dar ciência à editora de sua concordância com a submissão e com a **Taxa de publicação**. Os autores, ao encaminharem seus artigos, deverão enviar carta ao editor, justificando sua escolha e destacando as contribuições e a relevância do trabalho para a área pretendida. Além disso, quando pertinente, os autores também deverão incluir uma

declaração de que os procedimentos éticos foram seguidos de acordo com a legislação vigente no(s) país(es) em que foi realizada a pesquisa, incluindo cópia de aprovação do Comitê de Ética, quando se tratar de artigo empírico. **Não deve ser enviada cópia do manuscrito como anexo do e-mail ao editor.** O manuscrito deve ser submetido apenas eletronicamente (conforme Passo 2). Esse e-mail substitui a folha de rosto identificada e deve informar também:

- título em português e em inglês (máximo de 15 palavras);
- nome e afiliação institucional (nome da instituição por extenso) de cada um dos autores;
- nomes dos autores como devem aparecer em citações;
- endereço de correspondência do(a) autor(a) com o qual a editora poderá se corresponder (recomendamos que sejam utilizados endereços institucionais);
- agradecimentos e observações.

Passo 2: Apresentação formal do manuscrito. Os textos originais deverão ser submetidos via internet mediante cadastro do(a) autor(a) no sítio da revista na Internet (<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/PsicReflexaoCritica>). Como a revisão dos manuscritos é cega quanto à identidade dos autores, é responsabilidade dos autores verificarem que não haja elementos capazes de identificá-los em qualquer outra parte do artigo, inclusive nas propriedades do arquivo. O e-mail com os dados dos autores, não será encaminhado aos consultores *ad hoc*.

Preparação dos manuscritos

O manuscrito submetido a este periódico não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro lugar.

Todas as submissões de manuscritos devem seguir as Normas de Publicação da APA: Publication Manual of the American Psychological Association (6ª edição, 2009), no que diz respeito ao estilo de apresentação do manuscrito e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. A cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, quando pertinente, deve ser encaminhada na submissão do manuscrito. Sem esta cópia o manuscrito não iniciará o processo editorial. Excetuam-se situações específicas onde há conflito com a necessidade de se assegurar o cumprimento da revisão cega por pares, regras do uso da língua portuguesa, ou procedimentos internos da revista, inclusive características da submissão eletrônica. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Os manuscritos devem ser redigidos em português, em inglês ou em espanhol.

I. Manuscritos

Os manuscritos para submissão deverão informar na página de rosto a que área de interesse da Revista se enquadram (Processos Psicológicos Básicos, Avaliação Psicológica, Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia da Saúde). Devem estar em formato **doc** e não exceder o número máximo de páginas (iniciando no Resumo como página 1) indicado para cada tipo de manuscrito (incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto), que seriam:

Artigos (15-25 páginas): relatos de alta qualidade de pesquisas originais, baseadas em investigações sistemáticas e completas. Também serão aceitos, porém em número restrito, artigos teóricos ou de revisão com análise crítica e oportuna de um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia, preferencialmente numa área de pesquisa para a qual o(a) autor(a) contribui.

Comunicações breves (10-15 páginas): relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas; manuscritos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados.

Resenhas (3-10 páginas): revisão crítica de obra recém-publicada, orientando o(a) leitor(a) quanto as suas características e usos potenciais. Autores devem consultar a Editora Geral antes de submeter resenhas ao processo editorial.

II. Diretrizes Gerais

A. Papel: Tamanho A4 (21 x 29,7cm). O manuscrito, sendo um artigo, ao todo não deve passar de 25 páginas, desde o Resumo até as Referências, incluindo as Tabelas, Figuras e Anexos.

B. Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo Referências, Notas de Rodapé, Tabelas, etc.

C. Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

D. Espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc., sem espaçamento especial entre parágrafos.

E. Alinhamento: esquerda

F. Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

G. Numeração das páginas: no canto direito na altura da primeira linha de cada página.

H. Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página. O cabeçalho é usado para identificar as páginas do manuscrito durante o processo editorial. Usando MS Word, quando o número da página e o cabeçalho são inseridos em uma página, automaticamente aparecem em todas as outras.

I. Endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos.

J. Ordem dos elementos do manuscrito: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé (devem ser evitadas), Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

III. Elementos do manuscrito:

A. Folha de rosto sem identificação: título em português (máximo 15 palavras, maiúsculas e minúsculas, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português, indicação da área na qual o manuscrito se enquadra (Processos Psicológicos Básicos, Avaliação Psicológica, Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia da Saúde).

B. Resumos em português e inglês: Parágrafos com no máximo 200 palavras (artigos), ou 150 palavras (comunicações breves), com o título Resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula), preferencialmente derivadas do [Terminologia em Psicologia, da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia](#). O resumo em inglês (Abstract), que deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. Psicologia: Reflexão e Crítica/Psychology tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Isto é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O Abstract deve ser seguido das keywords (versão em inglês das palavras-chave). Nos casos de manuscritos em espanhol, deverão ser apresentados resumen

e abstract, e quando o manuscrito for redigido em inglês, deverá apresentar o resumo em português e o abstract.

C. Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Análise dos Dados), e sempre justificados à esquerda.

As palavras **Figura, Tabela, Anexo** que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Sublinhados, *Itálicos* e **Negritos**: Sublinhe palavras ou expressões que devam ser enfatizadas no texto impresso, por exemplo, "estrangeirismos", como self, locus, etc e palavras que deseje grifar. Não utilize itálico (menos onde é requerido pelas normas de publicação), negrito, marcas d'água ou outros recursos que podem tornar o texto visualmente atrativo, pois trazem problemas sérios para editoração.

Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2009, 6ª edição) para verificar as normas para outras referências.

1. Citação de artigo de autoria múltipla:

Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido:

Carvalho e Beraldo (2006) fizeram a análise qualitativa...

Esta análise qualitativa (Carvalho & Beraldo, 2006)...

Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores só na primeira citação e nas seguintes cite o primeiro autor seguido de et al., data:

A literatura desta área foi revisada por Mansur, Carrthery, Caramelli e Nitri (2006)...

Isto foi descrito em outro artigo (Mansur et al., 2006).

Artigo com seis ou mais autores: cite no texto apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data.

Porém, na seção de **Referências Bibliográficas** todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

2. Citações de obras antigas e reeditadas

De fato, Skinner (1963/1975)

...na explicação do comportamento (Skinner, 1963/1975).

Na seção de referências, citar:

Skinner, B. F. (1975). *Contingências de reforço*. São Paulo: Abril Cultural. (Original published in 1963)

NOTA: Citações com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citações com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada cinco espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do

trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações devem ser feitos entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA (2009, 6ª edição).

D. Referências:

Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as **normas da APA** (veja alguns exemplos abaixo). Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2009, 6ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui. Como fonte complementar aos autores recomenda-se a consulta ao manual online de publicação da APA no seguinte endereço: <http://www.apastyle.org/>

Em casos de **referência a múltiplos estudos do(a) mesmo(a) autor(a)**, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Exemplos de referências:

1. Artigo de revista científica

Howat-Rodrigues, A. B. C., De Andrade, A. L., & Tokumaru, R. S. (2012). Construção e validação da Escala de Imprevisibilidade Familiar na Infância (EIFI). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 212-222. doi:1.1590/S0102-79722012000200002

2. Artigo de revista científica paginada por fascículo

Proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume.

3. Artigo de revista científica editada apenas em formato eletrônico

Silva, S. C. da (2006, February). Estágios de Núcleo Básico na formação do psicólogo: Experiências de desafios e conquistas. *Psicologia para América Latina*, 5, Retrieved in May 12, 2006, from <http://scielo.bvs-psi.org.br>

4. Livros

Koller, S. H. (2004). *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

5. Capítulo de livro

Dell'Aglio, D. D., & Deretti, L. (2005). Estratégias de coping em situações de violência no desenvolvimento de crianças e adolescentes. In C. S. Hutz (Ed.), *Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção* (pp. 147-171). São Paulo: Casa do Psicólogo.

6. Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1979).

7. Autoria institucional

American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R, Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3a ed. revisada). Washington, DC: Autor.

E. Anexos: Evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis, como testes não publicados ou descrição de equipamentos ou materiais complexos. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

F. Notas de rodapé: Devem ser evitadas sempre que possível. No entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após os Anexos. O título (Notas de Rodapé) aparece centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Recue a primeira linha de cada nota de rodapé em 1,25cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto.

G. Tabelas: Devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de apresentação como pizza, etc. Nestas apresentações evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Dê um espaço duplo e digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúscula. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento.

H. Figuras: Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma folha em separado. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo da Figura e seguida do número correspondente à figura. Dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, sem ponto final, com letras minúsculas.

As palavras Figura, Tabela e Anexo que aparecerem no texto devem, sempre, ser escritas com a primeira letra em maiúscula e devem vir acompanhadas do número (para Figuras e Tabelas) ou letra (para Anexos) respectivo ao qual se referem. A utilização de expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas, porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas da APA (2009, 6ª edição) não incluem a denominação de Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.

ATENÇÃO: Todo o processo editorial da PRC/Psychology é feito eletronicamente no sítio <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/PsicReflexaoCritica>. Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pelos editores.

Processo de Avaliação pelos Pares

Os manuscritos recebidos eletronicamente em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/PsicReflexaoCritica> que estiverem de acordo com as normas da revista e que forem considerados como potencialmente publicáveis por **PRC/Psychology** serão encaminhados pelo editor para Editores Associados ou para avaliadores *ad hoc*. Os Editores Associados farão o encaminhamento de manuscritos de suas áreas de especialidade a avaliadores *ad hoc* e Conselheiros.

Os avaliadores poderão recomendar aos editores a aceitação sem modificações, aceitação condicional a modificações, ou a rejeição do manuscrito. A identidade dos avaliadores não será informada aos autores dos manuscritos. Os autores terão acesso às cópias dos pareceres dos avaliadores, que conterão as justificativas para a decisão do avaliador. O texto encaminhado aos avaliadores não terá identificação da autoria.

Versões reformuladas serão apreciadas por Conselheiros Editoriais, que podem solicitar tantas mudanças quantas forem necessárias para a aceitação final do texto. A decisão final sobre a publicação de um manuscrito será sempre do Editor Geral. A identidade dos autores poderá ser informada ao Conselho Editorial.

O Conselho Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores para agilizar seu processo de publicação. Casos específicos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

Os autores poderão acompanhar todas as etapas do processo editorial via internet.

No último número de cada ano da revista serão publicados os nomes dos avaliadores que realizaram a seleção dos artigos daquele ano, sem especificar quais textos foram analisados individualmente.

Antes de enviar os manuscritos para impressão, o Editor enviará uma prova gráfica para a revisão dos autores. Esta revisão deverá ser feita em cinco dias úteis e devolvida à revista. Caso os autores não devolvam indicando correções, o manuscrito será publicado conforme a prova.

Os autores de manuscritos aceitos deverão enviar via correio eletrônico uma carta de concessão de direitos autorais para a revista, assinada por todos.

Os artigos aceitos e editados estarão disponíveis eletronicamente "no prelo", isto é, antes da publicação impressa.

Quando da publicação impressa, o autor principal receberá um exemplar do número em que seu artigo foi impresso. Exemplares extras ou *reprints* não serão fornecidos, mas autores e coautores podem obter cópias *on-line* para distribuição no sítio da **Psicologia: Reflexão e Crítica/**Psychology no [SciELO](#).

Política de acesso público

A **Psicologia: Reflexão e Crítica/**Psychology proporciona acesso público a todo seu conteúdo, seguindo o princípio que tornar gratuito o acesso a pesquisas gera um maior intercâmbio global de conhecimento. Tal acesso está associado a um crescimento da leitura e citação do trabalho de cada autor(a). Para maiores informações sobre esta abordagem, visite [Public Knowledge Project](#), projeto que desenvolveu este sistema para melhorar a qualidade acadêmica e pública da pesquisa, distribuindo o OJS assim como outros *softwares* de apoio ao sistema de publicação de acesso público a fontes acadêmicas. A revista incentiva aos autores a disponibilizar em seus sítios pessoais e institucionais os pdfs com a versão final de seus artigos, desde que esta seja sem fins comerciais e lucrativos.

Taxa de Publicação

A partir de primeiro de junho de 2012, a PRC passou a cobrar uma taxa de publicação a ser paga pelos autores que tiverem seus artigos aprovados. A PRC vem crescendo em qualidade e reconhecimento. Para podermos investir em melhorias e na expansão do periódico, contamos com a nova taxa de publicação, complementando os recursos recebidos de órgãos como o CNPQ e o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS. Ao iniciar o processo de submissão eletrônica, o autor enviará um e-mail (ver passo 1 das instruções aos autores no sistema SEER) no qual também informar que está ciente do pagamento da taxa.

O valor cobrado para a publicação de artigos originais é de R\$350,00 (US\$175.00). Quando o manuscrito tiver seu aceite, o autor receberá um aviso a respeito do pagamento. Este deverá ser feito no Banco do Brasil, Agência 3798-2, Conta 300.000-1, código verificador 3699-4. Caso o autor prefira, o pagamento pode ser realizado pelo sistema Paypal (<http://www.scielo.br/revistas/prc/www.paypal.com> www.paypal.com), tendo como e-mail de destino, <mailto:bandeira@ufrgs.br> bandeira@ufrgs.br. Após efetuar o

depósito, o comprovante deverá ser enviado, em até 15 dias, por email (<<mailto:prcrev@ufrgs.br>> prcrev@ufrgs.br) ou inserido no sistema SEER entre os documentos suplementares (nesse caso, informar a secretaria da realização do pagamento). Em caso de dúvidas, o autor poderá entrar em contato pelo telefone (+55 51 33085691).

Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala de Editoração - Andar térreo.

90035-003 Porto Alegre RS Brasil

Tel.: +55 51 3308-5691

Fax: +55 51 3308-5473



prcrev@ufrgs.br

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#).