

# **AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES COM NEOPLASIAS MALIGNAS GINECOLÓGICAS**

**Palavras-chave:** CLIMATÉRIO; CÂNCER GINECOLÓGICO; SINTOMAS DEPRESSIVOS.

**Autores:**

**Felipe Watanabe Fagionato, CCV – Puc-Campinas**  
**Prof. Dr. Luiz Francisco Cintra Baccaro (orientador), FCM – UNICAMP**  
**Carolina Neves Buhl, FCM – UNICAMP**  
**Aline de Bastos Ferreira, FCM – UNICAMP**  
**Carina Cordeiro Nunes, FCM – UNICAMP**  
**Caroline Braga Trabach, FCM – UNICAMP**  
**Ana Kaori Fecchio Matsubara, CCV – Puc-Campinas**  
**Ana Luiza Sturião Vieira Santana, CCV – Puc-Campinas**  
**Giovanna Mariuci, CCV – Puc-Campinas**  
**Profª Drª Adriana Orcesi Pedro, FCM – UNICAMP**  
**Profª Drª Lúcia Helena Simões Costa Paiva, FCM – UNICAMP**

---

## **1. INTRODUÇÃO**

Anualmente, 9 milhões de mulheres são diagnosticadas com câncer em todo o mundo. Em 2020, os cânceres ginecológicos corresponderam a 43,1% da incidência estimada de novos casos oncológicos em mulheres, sendo o câncer de mama o mais presente. Do total, 30 a 40% foram diagnosticados na perimenopausa.

O climatério pode ser definido como os eventos fisiológicos que acompanham desencadeamento do declínio das funções ovarianas, tanto antes como depois do último sangramento menstrual, sendo que a maioria das mulheres que experiencia esse evento sofrerá de sintomas menopausais, em maior ou menor intensidade. Em vista disso, tem-se uma população feminina vivendo no climatério que pode apresentar queixas vasomotoras, somáticas, urogenitais e psicológicas, o que tendencialmente causaria uma redução da qualidade de vida.

Dessa forma, nos deparamos com uma população recém diagnosticada com câncer ginecológico - ou já curada dele - que, a despeito de uma significativa expectativa de vida, é confrontada não só pelos efeitos físicos, sociais, e sexuais como também pelo impacto psicológico advindo da doença. Esse último será cotejado por este projeto.

Esta pesquisa almeja avaliar os diferentes aspectos psicológicos relacionados aos quadros depressivos de mulheres em transição menopausal portadoras de neoplasias ginecológicas malignas, bem como comparar os referidos aspectos aos de mulheres sem esse antecedente.

## **2. METODOLOGIA**

Este é um estudo de corte-transversal com mulheres climatéricas com e sem neoplasia maligna ginecológica, com quadro confirmado por biópsia, com idade igual ou superior a 40 anos. Foram excluídas da pesquisa pacientes com situação clínica debilitada, que impedia o acompanhamento

ambulatorial, e as que faziam uso prévio de medicação hormonal para tratamento dos sintomas da menopausa nos três meses prévios à inclusão no estudo.

A coleta de dados foi realizada às terças e quartas-feiras, pelas manhãs, no ambulatório de ginecologia e menopausa do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM/Unicamp, por meio da aplicação do questionário para rastreamento de quadro depressivo (PHQ-9). Ele foi oferecido para mulheres previamente selecionadas que preenchiam os critérios de elegibilidade, analisados de antemão e confirmados no momento da aplicação do questionário, em uma entrevista rápida que precedia o preenchimento da folha de perguntas. Foram admitidas no estudo apenas as pacientes que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para uma melhor compreensão, elucidaremos os critérios avaliados no instrumento de coleta de dados utilizado. O PHQ-9 (Figura 1) consiste em 9 perguntas e para cada item há 4 alternativas de resposta, correspondentes à frequência na qual as pacientes percebem os sintomas em questão nas últimas duas semanas. As opções são: 0 - nunca, 1 - em vários dias, 2 - em mais de 7 dias, e 3 - quase todos os dias.

	Nunca	Em vários dias	Em mais de 7 dias	Em quase todos os dias
1. Teve pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Sentiu-se desanimada, deprimida ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Teve dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo, ou dormiu mais que o de costume	0	1	2	3
4. Sentiu-se cansada ou sem energia	0	1	2	3
5. Teve falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Sentiu-se mal consigo mesma, pensou-se ser um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesma	0	1	2	3
7. Teve dificuldade em se concentrar (como ao ler jornal ou ver televisão)	0	1	2	3
8. Teve lentidão ao se movimentar ou falar (percebido por outras pessoas), ou pelo contrário, agitação, andando de um lado para outro mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta	0	1	2	3

Considerando os últimos 14 dias, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar, tomar conta das coisas em casa ou se relacionar com pessoas?

- 0 - Nenhuma dificuldade
- 1 - Pouca dificuldade
- 2 - Muita dificuldade
- 3 - Extrema dificuldade

Figura 1: PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

O PHQ Escore corresponde à soma das respostas dadas. Assim, quanto maior a soma, teoricamente maior o sofrimento da paciente, e vice-versa. Ao dimensionarmos a gravidade desse quadro depressivo, uma pontuação de 0-4 indicaria ausência de depressão; de 5-9, um transtorno depressivo leve, de 10-14, transtorno depressivo moderado; de 15-19, transtorno depressivo moderadamente grave; e de 20-27, transtorno depressivo grave.

Há ainda uma consideração final, questionando qual o grau de dificuldade adicionado à rotina dessas mulheres, tendo em vista as respostas dadas acima. As possibilidades de resposta eram: 0 - nenhuma dificuldade, 1 - pouca dificuldade), 2 - muita dificuldade, e 3 - extrema dificuldade. A partir

do resultado desse item é inferido o impacto funcional provocado nessas mulheres.

A análise estatística dos dados consistiu em análise descritiva, através de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas.

### 3. RESULTADOS

Entre novembro de 2022 e julho de 2024, foram atendidas 184 pacientes no ambulatório de ginecologia e menopausa do CAISM/Unicamp. Dessas, 26 não responderam ao questionário por completo e, portanto, suas fichas foram invalidadas para as análises deste relatório. Sobre as participantes remanescentes, 85 delas tinham histórico de neoplasias ginecológicas, enquanto as outras

73 não. Os resultados a seguir dizem respeito a essas 158 mulheres que responderam satisfatoriamente ao formulário.

Os dados fornecidos expõem que os sintomas mais prevalentes nas últimas duas semanas - isto é, aqueles com mais notas 3 atribuídas – foram P3, P4 e P7. Respectivamente: dificuldades relacionadas ao sono, com 67 respostas (sendo 30 de mulheres com antecedente e 37 de mulheres sem); cansaço, com 59 (25 com antecedente e 34 sem); e problemas de concentração, com 43 (23 com antecedente e 20 sem). Dispostos abaixo, os dados completos disponíveis em tabela:

ITENS AVALIADOS	COM ANTECEDENTE	SEM ANTECEDENTE	TOTAL
P1	19 (52,78%)	17 (47,22%)	36
P2	14 (51,85%)	13 (48,15%)	27
P3	30 (44,78%)	37 (55,22%)	67
P4	25 (42,47%)	34 (57,63%)	59
P5	16 (44,44%)	20 (55,56%)	36
P6	17 (53,13%)	15 (46,88%)	32
P7	23 (53,49%)	20 (46,51%)	43
P8	15 (57,69%)	11 (42,31%)	26
P9	4 (57,14%)	3 (42,86%)	7

Tabela 1: Frequência de notas 3 atribuídas aos itens avaliados pelo PHQ-9 em mulheres com e sem antecedente de neoplasia ginecológica maligna

O impacto funcional mensurado pelo PHQ-9 revela que uma quantidade considerável de mulheres de ambos os grupos se sente afetada pela repercussão causada pelos sintomas psicológicos do climatério. Foram contabilizadas 59 que afirmaram que pouca dificuldade foi acrescentada à sua rotina por conta das implicações oriundas dos sintomas depressivos. Outras 48 apresentaram muita dificuldade, enquanto 9 constataram que uma extrema dificuldade foi somada ao seu cotidiano. Constam 42 respostas em que nenhum impacto funcional foi computado pelas participantes do estudo. Incluo aqui uma tabela com os dados completos referentes às respostas preenchidas, contendo tanto os valores absolutos quanto relativos (%) comparados com o próprio grupo:

IMPACTO PERCEBIDO	COM ANTECEDENTE	SEM ANTECEDENTE	TOTAL
0-Nenhuma dificuldade	24 (28,24%)	18 (24,66%)	42
1-Pouca dificuldade	35 (41,18%)	24 (32,88%)	59
2-Muita dificuldade	20 (23,53%)	28 (38,36%)	48
3-Extrema dificuldade	6 (7,06%)	3 (4,11%)	9
<b>TOTAL</b>	85	73	158

Tabela 2: Impacto funcional estimado pelo PHQ-9

Quanto ao transtorno depressivo, é estimado que uma pontuação acima de 10 pontos torne possível inferir seu diagnóstico. Das participantes, 86 (54,43%) cumpriram esse critério, sendo 43 (50%) delas igualmente distribuídas entre as com e sem histórico neoplásico.

Ao avaliarmos a gravidade do possível transtorno depressivo avaliado pelo PHQ, observamos que 34 mulheres (21,52%) tiveram uma pontuação de 0-4, sendo classificadas no grupo sem depressão; 38 (24,05%) com transtorno depressivo leve, pontuando entre 5-9; 42 (26,58%) com transtorno depressivo moderado, na faixa de 10-14; 27 (17,09%) com transtorno depressivo moderadamente grave, referente a 15-19; e 17 (10,76%) com transtorno depressivo grave, na escala entre 20-27.

Em vista disso, verificou-se, entre as pacientes com cânceres ginecológicos progressivos, 18 (52,94%) mulheres com ausência de depressão, 24 (63,16%) com transtorno depressivo leve, 24 (57,14%) com transtorno depressivo moderado, 8 (29,63%) com transtorno depressivo moderadamente grave e 11 (64,71%) com transtorno depressivo grave. Em contrapartida, as integrantes livres de passado

oncológico pontuaram da seguinte forma: 16 (47,06%) com ausência de depressão, 14 (36,84%) com transtorno depressivo leve, 18 (42,86%) com transtorno depressivo moderado, 19 (70,37%) com transtorno depressivo moderadamente grave e 6 (35,29%) com transtorno depressivo grave.

Visando a melhor compreensão dos números informados acima, optamos pelo uso de um gráfico, que visa explicitar a gravidade do quadro depressivo entre essas mulheres em ambos os grupos estudados, dessa vez através dos valores relativos:

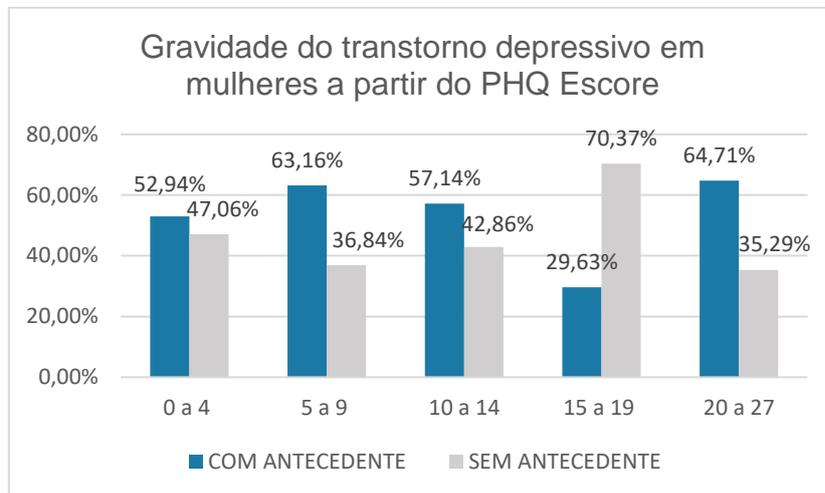


Figura 2: Gráfico de PHQ Escore entre pacientes com e sem antecedentes de câncer ginecológico

#### 4. DISCUSSÃO

Somam quase 2 milhões o número de mulheres acometidas por cânceres ginecológicos anualmente. Em despeito desse diagnóstico, novas tecnologias e tratamentos são e estão sendo desenvolvidos a fim de que a sobrevivência dessas pacientes seja prolongada. Consequente a essa evolução, mais mulheres são confrontadas com os efeitos adversos e a longo prazo do tratamento oncológico. Aqui, ressaltamos disfunções sexuais, prejuízo no sono, humor e qualidade de vida, todos esses de certa maneira cotejados por esse projeto.

Primeiramente, somos conduzidos a notar as ocorrências de prematuridade menopausal em pacientes após tratamento oncológico, sendo 44 a média de idade em que se deflagra o climatério entre elas. Quimioterapias gonadotróficas, seguidas de supressão ovariana e medidas terapêuticas endócrinas podem causar quadros vasomotores ainda mais severos quando comparados com os sintomas de uma menopausa natural. Mobilizo a pesquisa de Peate *et al* (n=385) para reforçar a prevalência desses sintomas, alta mesmo após 6 anos do diagnóstico de câncer de mama: 62% ainda se queixavam de oscilações de humor, por exemplo. A pertinência dos outros distúrbios citados, como fogachos e os relacionados ao sono, não pode ser relevada, visto que prediziam os índices de incapacidade funcional nessas mulheres.

Em um segundo momento, nos deparamos com a falta de critérios diagnósticos para a menopausa após a ocorrência de câncer. A supressão das funções ovarianas é, muitas vezes, um fator pouco confiável para a predição do início da menopausa nesse grupo. Foi visto em um estudo de corte transversal de 2016 que a amenorreia, em até 90% dos casos oncológicos observados, é substituída pela volta dos sangramentos menstruais em até dois anos após o tratamento.

Saliento ainda que o estado psicológico dessas mulheres é composto de inúmeros fatores que permeiam suas vidas. Há uma interrelação conhecida entre diversos componentes da saúde que desempenham papel fundamental para a boa manutenção da saúde mental e psicológica dessas pacientes. O efeito negativo da exacerbação de sintomas vasomotores, sexuais e geniturinários nesse

grupo é notória, com impacto funcional característico e repercussão no agravamento de eventuais transtornos depressivos.

Sinteticamente, nos deparamos com um grupo de manejo complexo, cujas especificidades dificultam o tratamento pleno do quadro, ainda que não o comprometa nem o impossibilite quando conduzido por profissionais capacitados. As inúmeras opções tanto hormonais quanto não-hormonais e não farmacológicas compõem um arsenal a ser usado para a promoção da melhor qualidade de vida dessas mulheres. Em vista disso, era esperado uma resolução favorável à melhora da qualidade de vida dessas pacientes oncológicas quando comparadas com pacientes sem antecedente de câncer.

## 5. CONCLUSÕES

À luz dos dados analisados anteriormente nesse documento, pudemos perceber que há uma diferença pouco significativa entre os sintomas menopausais de depressão percebidos por mulheres com e sem um antecedente neoplásico maligno ginecológico. A baixa disparidade é observada nos três maiores critérios que condensam o enfoque dessa análise: prevalência dos sintomas, impacto funcional e grau de transtorno depressivo.

Primeiro, os três sintomas mais prevalentes aferidos pelo PHQ-9 foram os mesmos em ambos os grupos; em seguida, o impacto funcional foi percebido de maneira semelhante entre eles, ao verificar os valores relativos; por fim, o PHQ Escore evidenciou graus similares de transtorno depressivo nessas pacientes, independente do histórico de câncer ginecológico.

Os resultados obtidos no decorrer da análise possibilitam inferir que houve pouca desproporção na qualidade de vida percebida e mensurada entre as mulheres dessa pesquisa. Um maior espaço amostral é requerido para que dados mais robustos em relação ao retorno de 6 e 12 meses dessas pacientes sejam obtidos, a fim de que a construção de uma análise mais embasada e relevante a respeito do seguimento dessas mulheres seja gerada.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Ministério da Saúde (BR) / INCA (Instituto Nacional de Câncer) / Estimativa de Câncer no Brasil, 2020. MS / INCA / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância e Análise de Situação. Acesso em novembro de 2021. Disponível em <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.

Hickey M, Davis SR, Sturdee DW. **Treatment of Menopausal Symptoms: What shall we do now?** Lancet 2005; 366: 409-21.

Hickney M *et al.* **Managing cancer after menopause.** Lancet 2024; 403, 984-96

THE NAMS 2017 HORMONE THERAPY POSITION STATEMENT ADVISORY PANEL. **The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society.** Menopause, v. 24, n. 7, p. 728-753, July, 2017. Acesso em dezembro de 2021. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28650869>.

Hinds, L. Price, J. **Menopause, hormone replacement and gynaecological cancers.** Menopause International, London, v. 16, n. 2, p. 89-93, June, 2010. Acesso em dezembro de 2021. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20729501>.

Zimmerman, M. **Using the 9-Item Patient Health Questionnaire to Screen for and Monitor Depression.** JAMA, Published online October 18, 2019.

Peate M, Saunders C, Cohen P, Hickey M. **Who is managing menopausal symptoms, sexual problems, mood and sleep disturbance after breast cancer and is it working? Findings from a large community-based survey of breast cancer survivors.** Breast Cancer Res Treat 2021; 187: 427–35