

NILO COELHO DOS SANTOS JÚNIOR

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES EM
TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA**

BRASÍLIA, 2010

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NILO COELHO DOS SANTOS JÚNIOR

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES EM
TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz.

BRASÍLIA

2010

NILO COELHO DOS SANTOS JÚNIOR

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES EM
TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 15 de março de 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz (Presidente)

Professor da UnB

Prof. Dra. Isolda de Araújo Günther

Professora da UnB

Dra. Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Médica do Hospital de Base do Distrito Federal

Dedico este trabalho à minha esposa Carla, pela compreensão, estímulo, paciência e sobretudo pelo amor que tem me encorajado à novas experiências gratificantes. E à nossa pequena Isadora, que é a essência de tudo que conquistamos juntos.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Marta Azevedo dos Santos, pela dedicação e apoio na elaboração desta pesquisa, além da amizade e do carinho.

À minha esposa Carla, pela paciência, determinação e pelo apoio incessante em todos os momentos.

À minha filha Isadora, a quem peço desculpas pelos períodos de ausência.

Aos meus pais Nilo Coelho (*in memoriam*) e Ana Maria, que com todas as dificuldades, conseguiram proporcionar uma educação de qualidade para todos os filhos.

Às minhas irmãs, que sempre acreditaram na minha capacidade.

Aos meus sogros, Antônio Roberto e Márcia Olenski, pelo carinho e respeito.

Aos meus cunhados Roberto e Daniela, pela amizade e apoio incondicional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz, que proporcionou a oportunidade desta pesquisa.

RESUMO

Objetivos: avaliar a prevalência de depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres encaminhadas para atendimento em ambulatório terciário de mastologia, que são acompanhadas durante o diagnóstico e tratamento de câncer de mama.

Métodos: estudo observacional de corte transversal, descritivo, analítico e prospectivo, em 25 mulheres em tratamento para câncer de mama, atendidas no ambulatório de mastologia do Hospital Geral de Palmas, Tocantins, no período entre setembro a dezembro de 2009. Para esta pesquisa, foi aplicada a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), o questionário de qualidade de vida (*WHOQOL-bref*) e um formulário com perguntas preenchidas pelo examinador relativas às condições sócio-culturais, dando-se ênfase a antecedentes de eventos estressantes, como perda de parentes próximos, separação ou divórcio ou algum tipo de luto ou perda que pudesse influenciar no aspecto emocional das pacientes antes do diagnóstico.

Resultados: Analisando os resultados apresentados, constata-se que 13 pacientes reconhecem que houve eventos estressantes antes do diagnóstico de câncer de mama. Destes eventos, encontra-se 11 pacientes que relacionavam à perda de um parente próximo. Quanto à análise da escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, os dados apontam que 7 pacientes apresentaram ansiedade e, 4 pacientes apresentaram depressão, sendo 28% e 16% respectivamente. A qualidade de vida foi classificada como intermediária para a maioria das pacientes, destacando-se os domínios relações sociais e meio ambiente, com escores de 15,40 e 15,20, respectivamente.

Conclusões: Os resultados apresentados sugerem que os eventos estressantes podem ter influência sobre o surgimento do câncer de mama, e que os fenômenos psicológicos de depressão e ansiedade necessitam de dados mais abrangentes e uma melhor avaliação quanto à utilização dos instrumentos de levantamento de dados nas pesquisas a serem realizadas futuramente.

Palavras-chave: câncer de mama; depressão; ansiedade; qualidade de vida.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the prevalence of depression, anxiety and quality of life in women referred to outpatient care at tertiary mastology, which are followed through the diagnosis and treatment of breast cancer. **Methods:** observational cross-sectional, descriptive, analytical, prospective study in 25 women treated for breast cancer at the mastology clinic Hospital Geral de Palmas (HGP), Tocantins, in the period from September to December 2009. For this research, the following instruments were applied: the hospital anxiety and depression scale (HADS); the questionnaire of quality of life (WHOQOL-bref) and a form filled by the examiner with questions about the socio-cultural conditions, emphasizing the history of stressful life events such as loss of close relatives, separation or divorce or some sort of grief or loss that could influence the emotional aspect of the patients before diagnosis. **Results:** Analyzing the results presented, it appeared that 13 patients recognized stressful life events before the diagnosis of breast cancer. These events were related to the loss of a close relative in 11 patients. The analysis of the scale, Hospital Anxiety and Depression, showed that 7 patients had anxiety, and 4 patients had depression, 28% and 16% respectively. The quality of life was classified as intermediate for most patients, highlighting the social relationships and environment, with scores of 15.40 and 15.20, respectively. **Conclusions:** The results suggest that stressful life events can influence the onset of breast cancer, and psychological phenomena of depression and anxiety require a better assessment in terms of instruments for data collection in studies in the future.

Key-words: breast cancer; depression; anxiety; quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Histograma da idade das pacientes estudadas.....	43
Figura 2 – Relação entre tipo de cirurgia e o escore de depressão.....	45
Figura 3 – Relação entre tipo de cirurgia e o escore de ansiedade.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Domínios do <i>WHOQOL-bref</i> de acordo com o número da questão.....	38
Tabela 2 – Sintaxe do SPSS versão 12.0 para escores baseados numa escala de 4 a 20	39
Tabela 3 – Características gerais das pacientes	42
Tabela 4 – Estadiamento clínico de acordo com a classificação TNM.....	44
Tabela 5 – Escore médio das facetas de qualidade de vida geral do instrumento <i>WHOQOL-bref</i> em pacientes em relação ao domínio físico.....	46
Tabela 6 – Escore médio das facetas de qualidade de vida geral do instrumento <i>WHOQOL-bref</i> em pacientes relacionado ao domínio psicológico e relações sociais.....	47
Tabela 7 – Escore médio das facetas de qualidade de vida geral do instrumento <i>WHOQOL-bref</i> em pacientes em relação ao domínio do meio ambiente.....	47
Tabela 8 – Análise de variância dos quatro domínios em relação ao tipo de tratamento.....	48
Tabela 9 – Matriz de correlação de <i>Spearman</i> entre os diferentes domínios na amostra total.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDIS – Carcinoma ductal in situ

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CLIS – Carcinoma lobular in situ

cm - centímetros

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais

INCA – Instituto Nacional de Câncer

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HGP – Hospital Geral de Palmas

mic – microinvasão

NEP – Núcleo de Educação Permanente

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

SESAU – Secretaria Estadual de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNM – Tumor, linfonodos, metástase

UFT – Universidade Federal do Tocantins

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CÂNCER DE MAMA.....	12
1.1.1 Estadiamento (TNM).....	13
1.1.2 Tratamento.....	16
1.2 DEPRESSÃO.....	18
1.3 ANSIEDADE.....	20
1.4 QUALIDADE DE VIDA.....	28
2 OBJETIVOS	35
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
3 MÉTODOS	36
3.1 AMOSTRA.....	36
3.2 INSTRUMENTOS.....	37
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
4 RESULTADOS	42
4.1 VALIDADE DE CRITÉRIO.....	49
4.2 CONSISTÊNCIA INTERNA.....	49

5	DISCUSSÃO.....	50
6	CONCLUSÃO.....	54
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE PERGUNTAS ELABORADAS PELO PESQUISADOR.....	62
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA.....	63
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	65
	ANEXO C - WHOQOL-bref.....	66
	ANEXO D - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)....	70

1 INTRODUÇÃO

1.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente de câncer no mundo e o mais comum entre as mulheres. Segundo estimativas do INCA (Instituto Nacional de Câncer) para o ano de 2010, no Brasil, o número de casos novos é de aproximadamente 49.240 casos, com risco estimado em 49,27 casos para cada grupo de 100.000 mulheres e, no Tocantins, espera-se em torno de 120 casos novos e taxa bruta de 16,97 (1). É uma patologia que acomete mais as mulheres e que, além de provocar o temor da doença estigmatizada como maligna, afeta diretamente a feminilidade, pois altera um órgão que é extremamente relacionado às funções endócrinas, sexuais, e além destas, a sua função mais nobre que é a amamentação.

O câncer de mama é considerado um tipo de câncer de bom prognóstico quando descoberto em uma fase mais inicial, possuindo uma sobrevida de 5 anos nos países desenvolvidos de cerca de 73% e nos países em desenvolvimento, em torno de 57% (2).

O principal exame para rastreamento do câncer de mama é a mamografia, que é acompanhada do exame clínico das mamas, sendo recomendada a cada um ou dois anos, nas mulheres entre 40 e 69 anos, contribuindo para uma redução na mortalidade. O achado de lesões não palpáveis, que é o propósito do exame de mamografia, faz parte da estratégia para o diagnóstico cada vez mais inicial, com impacto direto na melhora da sobrevida e na radicalidade do tratamento cirúrgico (3).

Diversos fatores estão relacionados com o surgimento do câncer de mama, principalmente os fatores reprodutivos: menarca precoce, nuliparidade, idade da 1ª gestação acima dos 30 anos, uso de esteróides contraceptivos, menopausa tardia e terapia hormonal (4). Entre os fatores prognósticos mais importantes para a sobrevida global no câncer de mama, consideramos o tamanho do tumor, o *status* linfonodal e dos receptores hormonais, o grau histológico e a idade (5).

Em 1942 foi criado o sistema TNM (T: tumor; N: linfonodos e M: metástase à distância), o qual se baseava em atribuir um prognóstico aos cânceres de acordo com o tamanho do tumor, o comprometimento dos linfonodos e a presença de metástases à distância. O estadiamento do câncer de mama é utilizado para estimar o prognóstico, definir o tipo de tratamento e a troca de informações entre diferentes centros de estudo ao redor do mundo (6).

Os exames de estadiamento loco-regional incluem exame clínico e imagenológico. O exame clínico inclui a anamnese, exame físico das mamas e cadeias linfáticas axilares, fossas supra e infra-claviculares. O estadiamento radiológico loco-regional inclui a mamografia bilateral e a ultra-sonografia das mamas. Para o estadiamento sistêmico, além da anamnese e exame físico, devemos estar atentos aos sintomas provocados pelos principais sítios de metástases (ossos, pleura e pulmões, fígado e sistema nervoso central) (6).

Em estadiamento 0 e I, o estadiamento radiológico se torna desnecessário pela baixa probabilidade de metástases à distância (menos que 2%). Nos estádios II, solicitam-se raios-X de tórax, ultra-sonografia de abdome e pelve, cintilografia óssea, enzimas desidrogenase láctica (DHL) e fosfatase alcalina (FA) (6).

1.1.1 Estadiamento (TNM)

T - Tumor Primário

TX O tumor primário não pode ser avaliado;

T0 Não há evidência de tumor primário;

Tis Carcinoma *in situ*: Tis (CDIS) Carcinoma ductal *in situ* Tis (CLIS) Carcinoma lobular *in situ* Tis (Paget) Doença de Paget do mamilo sem tumor na mama;

Nota: A doença de Paget associada com tumor é classificada de acordo com o tamanho do tumor.

T1 Tumor com 2 cm (centímetros) ou menos em sua maior dimensão. T1mic microinvasão de 0,1 cm ou menos em sua maior dimensão.

Notas: microinvasão é a extensão de células neoplásicas além da membrana basal, alcançando os tecidos adjacentes, sem focos tumorais maiores do que 0,1 cm em sua maior dimensão. Quando há focos múltiplos de microinvasão, somente o tamanho do maior foco é utilizado para classificar a microinvasão. (Não usar a soma dos focos individuais). A presença de múltiplos focos de microinvasão deve ser anotada como se faz com os carcinomas invasores extensos múltiplos. T1a Com mais de 0,1 cm, até 0,5 cm em sua maior dimensão; T1b Com mais de 0,5 cm, até 1 cm em sua maior dimensão; T1c Com mais de 1 cm, porém não mais de 2 cm em sua maior dimensão.

T2 Tumor com mais de 2 cm, porém não mais de 5 cm em sua maior dimensão.

T3 Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão.

T4 Tumor de qualquer tamanho com extensão direta à parede torácica ou à pele, somente como descritos em T4a a T4d. Nota: A parede torácica inclui costelas, músculos intercostais, músculo serrátil anterior, mas não inclui o músculo peitoral. T4a Extensão à parede torácica; T4b Edema (inclusive "pele de laranja" '*peau d'orange*'), ou ulceração da pele da mama, ou nódulos cutâneos satélites confinados à mesma mama; T4c Ambos (T4a e T4b), acima; T4d Carcinoma inflamatório.

Nota: O carcinoma inflamatório da mama é caracterizado por um endurecimento difuso e intenso da pele da mama com bordas erisipelóides, geralmente sem massa tumoral subjacente. Se a biópsia de pele for negativa, e não existir tumor primário localizado mensurável, o carcinoma inflamatório clínico (T4d) é classificado patologicamente como pTX. A retração da pele, do mamilo ou outras alterações cutâneas, exceto aquelas incluídas em T4b e T4d, podem ocorrer em T1, T2 ou T3, sem alterar a classificação.

N- Linfonodos Regionais

NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (por exemplo, por terem sido previamente removidos);

N0 Ausência de metástase em linfonodos regionais;

N1 Metástase em linfonodo(s) axilar(es), homolateral(ais), móvel(eis);

N2 Metástase em linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) ou metástase clinicamente aparente em linfonodos (s) mamário (s) interno (s) homolateral (is), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo (s) axilar (es); N2a Metástase em linfonodo (s) axilar (es) fixos uns aos outros ou a outras estruturas; N2b Metástase clinicamente aparente* em linfonodo (s) mamário (s) interno (s), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo (s) axilar (es).

N3 Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(ais) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es); ou clinicamente aparente* em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na presença de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es); ou metástase em linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es) ou mamário(s) interno(s). Notas: *cl clinicamente aparente = detectado por exame clínico ou por estudos de imagem (excluindo linfocintigrafia); N3a Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es); N3b Metástase em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) e axilares; N3c Metástase em linfonodo (s) supraclavicular (es).

M Metástase

MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada;

M0 Ausência de metástase à distância;

M1 Metástase à distância.

Grupamento por Estádios

Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio IIB	T2	N1	M0

	T3	N0	M0
Estádio IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estádio IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
Estádio IIIC	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Nota: 1. T1 inclui o T1mic.

1.1.2 Tratamento

O tratamento do câncer de mama envolve uma abordagem multidisciplinar, que inclui o tratamento cirúrgico, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia. Os procedimentos cirúrgicos são divididos em cirurgias conservadoras, que são aquelas em que se ressecam a área tumoral com margens de segurança e preservação da mama acometida, pode ser setorectomia ou tumorectomia (quando há exérese do tumor sem margens). As cirurgias não conservadoras são as que fazem remoção total da glândula mamária, podendo preservar, ou não, os músculos peitorais: adenomastectomia subcutânea (retirada da glândula mamária, preservando-se pele e complexo aréolo-papilar), mastectomia simples ou total com retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar, mastectomia radical modificada que é a mastectomia simples mais o esvaziamento axilar linfonodal e mastectomia radical com retirada também dos músculos peitorais (7).

As técnicas para o tratamento cirúrgico não conservador baseiam-se em três requisitos: a retirada total da glândula mamária; a remoção da pele e do complexo aréolo-papilar e a linfadenectomia axilar dos níveis I, II e III ou apenas dos níveis I e II. São três tipos de cirurgia mais utilizadas: a mastectomia radical clássica pela

técnica de Halsted, que inclui a remoção da mama, dos músculos peitoral maior e peitoral menor e dos linfonodos axilares, atualmente pouco utilizada devido a agressividade do procedimento sem melhora do prognóstico; a mastectomia radical modificada pela técnica de Patey, que inclui a remoção da mama, músculo peitoral menor e linfonodos axilares, com preservação do músculo peitoral maior e a mastectomia radical modificada pela técnica de Madden, em que a mama é retirada com preservação de ambos os músculos peitorais (8). A mastectomia radical, em geral, é indicada em casos de tumores infiltrativos com diâmetro superior a 3 cm, outras indicações incluem: tumores multicêntricos ou multifocais, microcalcificações difusas suspeitas, tumores pequenos em mamas de pequeno volume, casos em que a radioterapia não é exequível e em câncer de mama masculino (8).

As cirurgias conservadoras, geralmente, são indicadas naquelas pacientes com tumores de diâmetro igual ou menor que 3 cm, levando-se em consideração a relação diâmetro tumoral e tamanho da mama e a obrigatoriedade de tratamento radioterápico em cirurgias conservadoras (8).

A quimioterapia é de grande importância no tratamento sistêmico do câncer de mama, porém sabemos que ela pode trazer muita ansiedade, angústia, medo e incertezas que poderão ser atenuados com atuação da equipe multidisciplinar.

Quimioterapia neoadjuvante consiste no tratamento quimioterápico realizado antes do procedimento cirúrgico e tem como finalidade diminuir o tamanho tumoral e avaliar a resposta do tumor diante da droga administrada (9).

A quimioterapia adjuvante refere-se ao tratamento quimioterápico realizado após a cirurgia com a finalidade de eliminar possíveis focos de micrometástases, diminuindo o risco de recorrência da doença (9).

A quimioterapia como adjuvante demonstrou uma redução do risco de recidiva e nas taxas de mortalidade de 25% e 15%, respectivamente, independentemente da idade, do estado menopáusicos ou do acometimento dos linfonodos axilares (10).

O tratamento radioterápico tem como finalidade o controle local da doença e é indicado nas pacientes submetidas a tratamento conservador e naquelas submetidas à mastectomia. Indica-se a radioterapia em tumores maiores que 5

centímetros, em que há comprometimento de pele, grau histológico tipo III, dissecação axilar inadequada (menos de 10 linfonodos retirados), margens comprometidas (menor que 1 cm), 4 ou mais linfonodos comprometidos e invasão extra-capsular linfonodal (7).

1.2 DEPRESSÃO

A classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define a depressão como a situação clínica caracterizada por humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Podem ser encontrados outros sintomas, como: concentração, atenção e auto-estima reduzidas, visões pessimistas do futuro, ideias de culpa, inutilidade e mesmo suicidas, sono perturbado e diminuição do apetite. Pode ser classificada como: a) depressão leve, em que os sintomas podem dificultar as atividades diárias, porém sem interrompê-las completamente e com duração mínima de cerca de duas semanas; b) depressão moderada, em que o paciente usualmente terá dificuldades em continuar suas atividades laborais, sociais ou domésticas; c) depressão grave, caracterizada por angústia e agitação considerável, sentimentos acentuados de culpa e de inutilidade, perda da auto-estima e pensamentos e risco suicidas.

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), a depressão tem como característica essencial um período mínimo de duas semanas, em que há perda de interesse ou prazer pela maioria das atividades gerais do indivíduo. Inclui-se também: perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersônia quase todos os dias, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, capacidade diminuída de raciocínio ou concentração, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida (11).

Essas pessoas se mostram frequentemente chorosas, irritadiças ou tensas. São perturbadas por culpas, acreditam estar decepcionando os outros. Podem perder a capacidade de reagir emocionalmente, não diferenciando mais sentimentos

bons ou ruins, tornando estes igualmente entorpecedores. Atividades habitualmente normais exigem-lhes extremo esforço (12).

A etiologia dos quadros depressivos, segundo Kaplan *et al.* (1997), ainda não totalmente elucidada, é complexa e multifacetária e inclui fatores (11):

A) Biológico

- Neurotransmissores (aí incluindo desregulação na síntese e/ou sensibilidade dos receptores cerebrais de neurotransmissores - notadamente a serotonina e noradrenalina -, dopamina e ácido gama-aminobutírico);
- Neuroendócrinos, notadamente hipotálamo-hipofisários, com repercussão na tireóide, adrenais, glândulas sexuais e, com frequência, diminuição da liberação noturna da melatonina e liberação do hormônio do crescimento;
- Regulação neuroimune;
- Anormalidades na qualidade do sono e no ritmo circadiano.

B) Psicossociais

- Acontecimentos vitais e estresse ambiental;
- Personalidade pré-mórbida;
- Aprendizado da impotência – desistência de lutar contra problemas percebidos como insolúveis;
- Teoria cognitiva – interpretações equivocadas da experiência de vida, pessimismo, desesperança, auto-avaliação negativa.

C) Genéticos

A associação de transtornos depressivos com outras condições clínicas pode ocorrer sob diversas modalidades:

- Reação de ajustamento com humor depressivo: síndrome parcial de um transtorno específico do humor que melhoram com apoio psicológico e raramente há necessidade de psicotrópicos;

- Depressão secundária: ocorre devido a alterações fisiopatológicas de uma condição médica;
- Transtorno depressivo induzido por medicamentos: os medicamentos que mais comumente estão associados a manifestações depressivas, são: reserpina, esteróides anabolizantes e corticóides;
- Episódio depressivo: um episódio depressivo, “maior” ou “menor” pode ser desencadeado ou agravado por uma condição médica em que o estresse pode contribuir para uma manifestação do transtorno depressivo preexistente ou latente;
- Condição médica desencadeada ou agravada por transtorno depressivo.

Dois extremos podem conduzir a erros no diagnóstico de depressão: de um lado, pacientes deprimidos podem deixar de ter um diagnóstico confirmado devido a uma crença de que sintomas depressivos são uma resposta normal a doenças físicas. Por outro lado, diagnóstico de depressão em pacientes com tristeza ou sintomas físicos causados pela doença de base.

Com relação ao tratamento da depressão, pode-se ter uma combinação de medicação com abordagens psicossociais. Até a década de 90, os antidepressivos tricíclicos eram o tratamento de escolha da depressão, depois surgiram os inibidores seletivos da recaptação da serotonina que atualmente são os mais utilizados (13).

1.3 ANSIEDADE

A CID-10 define a ansiedade como um estado onde combinações de manifestações fisiológicas e mentais não podem ser atribuídas a um perigo real e podem ser apresentados em forma de ataques ou em estado persistente.

Segundo Kaplan *et al.* (1997), a ansiedade pode ser definida como um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente, acompanhado por sintomas autonômicos, como, cefaleia, perspiração, palpitações, aperto no peito e leve desconforto abdominal. É um sinal de adaptação e defesa frente a uma ameaça. O DSM-IV relaciona os transtornos de ansiedade: transtorno

de pânico, fobias específicas e sociais, transtorno obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático, estresse agudo, ansiedade generalizada, ansiedade devido a uma condição médica geral, induzida por substâncias e transtornos mistos de ansiedade e depressão (11).

A ansiedade generalizada refere-se a um estado de humor em que o problema predominante é a preocupação irracional ou excessiva que se refere às circunstâncias gerais de vida, diferente de um estado de ansiedade de pânico no qual o indivíduo tem o sentimento de fim eminente, de início repentino e está associada a várias sensações físicas incômodas e perturbadoras. Uma série de sintomas físicos estão associados à ansiedade generalizada: tensão muscular, espasmos e tremores, inquietação, falta de ar, taquicardia, sudorese, secura na boca, tontura, náuseas, diarreia, ondas de calor e arrepios de frio, micção frequente, dificuldade de concentração e irritabilidade. Os pensamentos associados são de incapacidade de enfrentar os problemas, avaliação negativa e perda de controle (12).

Há algumas pesquisas questionadoras sobre a possibilidade de contribuições psicológicas no crescimento do câncer. Pesquisadores têm estudado sobre possíveis efeitos de estados emocionais na modificação hormonal repercutindo na alteração do sistema imunológico (14). Há também estudos correlacionando o estresse e a depressão e o enfraquecimento do sistema imunológico, desta forma, favorecendo o desenvolvimento de formações tumorais (15).

Fatores de origem psicológica, como quadros depressivos, têm sido estudados como possibilidade de aumentar o risco para o desenvolvimento de câncer. Segundo estudo de Kiecolt-Glaser *et al.* (2002), os fatores psicológicos influenciam o sistema imune e síndromes depressivas aumentam os níveis de citocinas pró-inflamatórias, principalmente a interleucina-6, o que poderia alterar o sistema imunológico com diminuição da atividade das células *natural-killer* e o número de linfócitos T, podendo ser encontrado também em quadros de ansiedade, estresse pós-traumático e em estilos de personalidades (negação, repressão e evitação) (16). Os níveis elevados de estresse podem suprimir o sistema imunológico, aumentando a sobrevivência de células anormais e dificultando o organismo a combatê-las, levando ao aparecimento de doenças (17).

A noção de que estresse ou fatores emocionais possam estar relacionados com o aparecimento de câncer surgiu por volta do ano 200, quando Galeno percebeu que mulheres melancólicas tinham mais suscetibilidade ao câncer do que as demais (18). A depressão é encontrada em muitos pacientes com câncer, ocorre em aproximadamente 25% dos pacientes em cuidados paliativos. SLOVACEK *et al.* (2009) analisaram 64 mulheres com câncer em cuidados paliativos e encontraram a incidência de 71,8% de depressão (19).

A ansiedade foi mais encontrada em pacientes com câncer de mama, em torno de 85%, do que em pacientes com outros tipos de câncer (73%) e não foi observada diferença significativa em relação à depressão nestas pacientes do que nas pacientes com outros tipos de câncer (20).

Em um estudo francês de metá-análise, não se pôde concluir que eventos traumáticos, características de personalidade e depressão pudessem aumentar o risco para câncer. Avaliou-se 32 publicações, sendo que em 4 estudos houve relação entre eventos traumáticos e câncer de mama, porém nenhum estudo mostrou relação significativa entre características de personalidade e risco para desenvolver câncer (21).

Sales *et al.* (2001) pesquisaram a qualidade de vida das mulheres em tratamento de câncer de mama analisando o funcionamento social, achando evidências de que as mudanças no trabalho, lazer, relações familiares e sociais são provocadas mais pela interferência psicológica que física (22).

Spiegel (1990) apontou que, segundo a literatura especializada, os problemas psicológicos mais frequentes em mulheres acometidas por câncer de mama são depressão, ansiedade e estresse (23).

Fatores como: variáveis demográficas, idade, nível educacional, estágio da doença, atitude (otimista ou pessimista), modo de resposta ao estresse e estratégias de confrontação com a doença, de acordo com Epping-Jordan *et al.* (1999), podem estar associados com ansiedade e depressão durante o tratamento do câncer de mama (24).

Conforme estudo de Dean (1987), ao analisar 122 mulheres com câncer de mama 3 meses antes da cirurgia e 12 meses após o procedimento cirúrgico,

encontrou 26% de pacientes com sintomas psiquiátricos 12 meses após cirurgia de mastectomia, das quais apenas 5% necessitaram de tratamento psiquiátrico, os fatores predisponentes para esta evolução, foram: o estado psiquiátrico pré-operatório, o tipo de tratamento recebido, o relacionamento conjugal, a classe social e o estado menopausal (25).

Huget *et al.* (2009) avaliaram a qualidade de vida de 110 mulheres com câncer de mama que estavam em tratamento há pelo menos um ano. Observaram que idade, escolaridade, tipo de cirurgia e tempo de cirurgia não influenciaram a qualidade de vida nos domínios psicológico, físico, meio ambiente e relações sociais. As mulheres que mantinham vida sexual estável obtiveram maiores escores no domínio psicológico e relações sociais e mulheres com melhor nível socioeconômico ressaltaram nos domínios físico e meio ambiente (26).

Okamura *et al.* (2005) pesquisaram a prevalência e os fatores associados com distúrbios psiquiátricos e a repercussão na qualidade de vida de pacientes com primeira recorrência de câncer de mama. A taxa de prevalência de transtornos psiquiátricos foi de cerca de 22%, confrontáveis às taxas de 14% a 38%, para quadros psiquiátricos em fase precoce do tratamento (encontradas na literatura), e menores que o percentual para transtornos em câncer recorrente, por volta dos 42%. Os diagnósticos encontrados foram de depressão (2%), estresse pós-traumático (2%) e outros transtornos de ansiedade (27).

Spiegel (1990) realizou um estudo com mulheres com câncer de mama em que observou que o grau da depressão independe da malignidade do tumor. Verificou-se que só a suspeita de um câncer pode acarretar oscilação do humor na vida da mulher. O mesmo autor alerta que muitos dos sintomas, como falta de apetite e pouca energia, confundem o diagnóstico de um problema psiquiátrico por também estarem associados aos efeitos colaterais do tratamento ou às consequências do próprio tumor (28).

Payne *et al.* (1999) avaliaram a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama utilizando três instrumentos de auto-avaliação, a HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão), BSI (Inventário Curto de Sintomas) e VAS (Escala Visual e Análoga) e encontraram maior utilidade da HADS, considerando esta escala o melhor instrumento (29).

Desde 1989, a HADS tem sido recomendada para uso em pacientes com câncer, porém no estudo de Groenvold (1999) comparou-se um grupo de pacientes com câncer de mama e outro grupo controle usando a HADS e concluiu-se que houve menos desordens psicológicas no grupo com câncer de mama do que no outro grupo (30).

Em estudo de Burgess *et al.* (2005), foi avaliada a depressão e ansiedade em mulheres com câncer de mama em fase inicial. Foram acompanhadas 222 mulheres durante 5 anos. A prevalência de depressão e ansiedade foi encontrada em torno de 33%, durante o diagnóstico, 24%, 3 meses após o diagnóstico e, em torno de 15%, no 1º ano, o que revela que a presença de ansiedade e depressão tende a cair ao longo do tratamento (31).

Iwamitsu *et al.* (2005), avaliando 125 pacientes com doenças da mama, detectaram que pacientes que suprimem emoções negativas tiveram mais desordens emocionais do que aquelas que expressaram suas emoções depois do diagnóstico, as pacientes com ansiedade crônica tiveram mais desordens emocionais do que aquelas sem ansiedade generalizada (32).

As pacientes com câncer de mama foram avaliadas de acordo com sintomas como, fadiga, insônia e distúrbios cognitivos. A depressão maior teve prevalência em torno de 9%, sendo que, de uma maneira geral, a depressão esteve presente em até 50% dos casos, tendo como fatores predisponentes: história de depressão, ocorrência de eventos estressantes, pessimismo, dor e tipo de tratamento recebido (33).

Um outro estudo avaliou 10 mulheres com câncer de mama com idade entre 41 e 50 anos e percebeu que as repercussões psicológicas variaram de acordo com a fase do adoecimento e do tratamento, afetando o ajustamento psicossocial de forma diferente em cada estágio, podendo comprometer a qualidade de vida destas mulheres acometidas (34).

As pacientes depressivas se sentem incapazes de agir corretamente devido à baixa auto-estima, podendo adotar atitudes indutoras de sofrimento. Sintomas de depressão, como desânimo, desesperança, tristeza, influenciam no controle dessas emoções e as pessoas que acreditam que as causas de sua doença são

influenciadas pelo próprio comportamento tendem a se deprimir menos do que aquelas que acreditam ser sua patologia provocada por uma causa externa (35).

A mulher portadora de câncer de mama passa por vários lutos ao longo do tratamento: em primeiro lugar, no momento do diagnóstico, em que tem a percepção de sentenciada para a morte, depois no tratamento cirúrgico em que há perda de uma parte do seu corpo muito ligada à feminilidade e à imagem corporal, as limitações que podem surgir em decorrência do tratamento cirúrgico e, após, pelos tratamentos de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (36).

O quadro depressivo diagnosticado e tratado pode melhorar a qualidade de vida, a evolução clínica do paciente e a diminuição de custos. A depressão pode desmotivar a paciente com diminuição da observância ao tratamento, piorando o quadro clínico e o prognóstico (37).

Em estudo sobre a avaliação psicossomática e desenvolvimento de câncer de mama levou-se em consideração os fatores individuais e familiares, bem como, questões associadas a acontecimentos traumáticos, lutos não elaborados, empobrecimento de representações e de capacidade associativa de ideias (38).

Butow *et al.* (2000), revendo a relação entre fatores psicológicos e o desenvolvimento de câncer de mama, analisou eventos estressantes, estilo de vida, suporte social e fatores emocionais e de personalidade. Não houve evidência de que ansiedade crônica ou depressão afetasse o desenvolvimento de câncer de mama. Os fatores mais fortemente relacionados foram a repressão e eventos severos durante a vida (39).

O estresse físico e psicofísico inerente ao câncer pode contribuir para o estado de depressão, ansiedade e distúrbio cognitivo, os quais interferem nas várias funções e na qualidade de vida. O estado físico das pacientes com câncer de mama tem um impacto direto nos sintomas psicológicos. Sintomas físicos como a dor, sintomas menopausais e fadiga devem ser considerados no planejamento terapêutico, incluindo tanto tratamento farmacológico como apoio psicológico (40).

Alguns fatores durante o tratamento podem influenciar no aparecimento de ansiedade e depressão. A quimioterapia neoadjuvante é um desses fatores, em que foi encontrada a prevalência de 28,6% nas pacientes submetidas a este tratamento,

contra 3,3% nas pacientes que não o fizeram. Neste estudo foi utilizada a escala de ansiedade de Hamilton (HAS, 1959) e de depressão de Montgomery (MADRS, 1979) (41).

Ollonen *et al.* (2005), em estudo realizado em Kuopio, Finlândia, entrevistaram 34 mulheres com câncer de mama, 53 com doença benigna e 28 sem doença mamária antes do diagnóstico e não encontraram aumento do risco para câncer de mama em mulheres com ansiedade e depressão ou história de transtornos psiquiátricos (42). Por outro lado, em um estudo realizado em Israel, foram analisadas 622 mulheres, das quais 255 com câncer de mama e 367 sem doença, utilizando-se o BSI (*Brief Symptom Inventory*) e um questionário sobre eventos traumáticos. O estudo mostrou uma associação entre eventos traumáticos e câncer de mama quando houve dois ou mais eventos, porém não houve aumento do risco quando se encontrou apenas um evento traumático. Pouco se conhece sobre a forma como estes eventos poderiam influenciar no início e na progressão do tumor (43).

Com o desenvolvimento da oncopsiquiatria, tem aumentado o interesse desta subespecialidade dentro do grupo de abordagem multidisciplinar dos pacientes oncológicos, principalmente em pacientes com câncer de mama em que os aspectos psíquicos podem melhorar a sua qualidade de vida durante o tratamento, especialmente quanto à imagem corporal, desconforto físico, trabalho e vida sexual (44).

Depois do diagnóstico de câncer de mama, a prevalência de sintomas depressivos aumenta 33%. A depressão como um fator prognóstico negativo no câncer de mama ainda precisa de mais estudos, pois não há resultados consistentes. As mulheres com câncer de mama inicial apresentaram maior mortalidade quando desenvolveram depressão pós-operatória, as que tiveram escores maiores que 11 na HADS, apresentaram redução na sobrevida significativamente (45).

É frequente sintomas somáticos e psicológicos de depressão serem apresentados por pacientes com doenças clínicas, mesmo na ausência de síndrome depressiva. A literatura propõe vários instrumentos: questionários, inventários e escalas, para avaliação de ansiedade e depressão (46).

A maioria destes instrumentos foi elaborada para aplicação em pacientes psiquiátricos por intermédio do entrevistador. Os instrumentos costumam conter itens que avaliam sintomas somáticos e psíquicos, que podem ser confundidos com os sintomas consequentes à doença de base ou a efeitos colaterais do tratamento, podendo levar a um falso positivo (47).

A escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) foi desenvolvida por Zigmond e Snaithe com o intuito de detectar estados de ansiedade e depressão em pacientes com doenças físicas e em tratamento ambulatorial (48).

Os sintomas somáticos como: perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, dor de cabeça, tontura, etc, que podem ocorrer em patologias físicas foram evitados, sendo estes elementos uma das principais características desta escala. Os conceitos de depressão e ansiedade encontram-se separados; o conceito de depressão está centrado na noção de anedonia; os itens de ansiedade refletem estado de ansiedade generalizada; pode-se detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos; pode ser preenchida rapidamente, cerca de 10 minutos; de fácil compreensão; o avaliado responde as questões baseando-se em como se sentiu durante a última semana. Contém 14 questões do tipo múltipla escolha, compõe-se de duas sub-escalas, uma para depressão e outra para ansiedade, com 07 itens cada uma e a pontuação global em cada sub-escala vai de 0 a 21. A forma de resposta destes itens varia entre 0 (baixo) a 3 (elevado). Em cada item existem quatro possibilidades de respostas, devendo o examinando escolher a resposta que mais se assemelha de como tem se sentido durante a última semana. Os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade e depressão (48).

Conforme um estudo dos autores supracitados, em 100 doentes com diferentes queixas de doenças físicas que estavam em tratamento ambulatorial, as pontuações obtidas entre 08 e 10, para cada sub-escala, indicou uma possível perturbação clínica. Portanto, os autores sugerem, como ponto de corte, o valor 08, considerando valores inferiores como ausência de depressão e ansiedade. Também pontuam que a severidade da ansiedade e depressão pode ser classificada como normal (0-7), leve (8-10), moderada (11-15) e severa (16-21) (49).

1.4 QUALIDADE DE VIDA

Estima-se que a expressão “qualidade de vida” (QV) tenha surgido pela primeira vez na literatura médica em meados da década de 30, de acordo com um levantamento de estudos que objetivavam a sua definição e que faziam referência à avaliação da qualidade de vida. Já em 1964, o presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, utilizou o termo “qualidade de vida” ao afirmar que objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, mas mensurados através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas. Foi então que cientistas sociais, filósofos e políticos demonstraram o interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” (50).

Então, em 1970, foram explicitadas as dificuldades que cercavam a conceituação da expressão qualidade de vida. Afirmava-se que qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é. Feita há mais de trinta anos, tal afirmação elucida as controvérsias que existem sobre o conceito em questão, desde que este começou a aparecer na literatura associado a trabalhos empíricos (51).

Sabemos que tal conceito é utilizado por duas vertentes. A primeira composta por pessoas da população em geral, de profissões diversas e em setores diferenciados, no dia a dia, em discursos ou textos sem embasamento teórico específico ou pesquisa válida. A segunda no campo das pesquisas científicas em inúmeras áreas do saber como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (52).

Desta forma, no ramo da saúde, o interesse pelo conceito “qualidade de vida” pode ser considerado recente. Tal interesse decorre, em parte, das novas perspectivas que têm influenciado os paradigmas, as políticas e as práticas do setor de saúde nas últimas décadas. Os estudos realizados sobre o processo saúde-doença e seus determinantes têm apontado para causas complexas e multifatoriais (bio-psico-sociais). Desta forma, tanto saúde quanto doença configuram processos compreendidos como um *continuum* que se relacionam a aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilo de vida (53).

Em termos de saúde pública, existem atualmente diversas definições que nos levam a compreender a qualidade de vida como o resultante de diversos fatores. Entre tais definições, está a formulada pelo estudioso Charles-Edward Amory Winslow (1877 – 1957), nos Estados Unidos da América em 1920. Nas palavras do autor, saúde pública seria:

A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (53).

Desta forma, pode-se entender a qualidade de vida como uma resultante das dimensões biológica, psicológica e social, onde as questões objetivas e subjetivas criam o contexto no qual o sujeito está inserido e será trabalhado, levando em consideração as especificidades de cada situação. (55).

A partir da década de 90, consolidam-se dois aspectos relevantes do conceito em questão entre os estudiosos da área da saúde: subjetividade e multidimensionalidade. Sobre a subjetividade, pode-se dizer que se trata de considerar a percepção do próprio sujeito sobre sua situação. No aspecto da multidimensionalidade, reconhece-se que o constructo é composto de diferentes dimensões e, tendo estas dimensões identificadas, a pessoa julga sua situação pessoal em cada uma dos âmbitos de sua vida (56).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida depende de diversos fatores, enfocando cinco dimensões: a psicológica, a física, as relações sociais, o meio ambiente e o nível de independência, que, nesse caso, corresponde aos aspectos de morbidade, dependência de cuidados médicos e de medicações, capacidade laborativa e atividades diárias. De acordo com a OMS, podemos entender que qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (57). Existem ainda os autores que entendem que “qualidade de vida é a satisfação geral do indivíduo com a vida e sua percepção pessoal de bem estar”. Nesta direção, sabe-se que para vislumbrarmos um mais alto nível de saúde na população, é preciso

promover mais equilíbrio no que diz respeito à saúde individual e coletiva, mudando o foco da doença para a saúde. (58).

Consoante aos estudos e às mudanças de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas nos campos da promoção da saúde e da prevenção e tratamento de doenças (53).

Desde o surgimento da expressão “qualidade de vida”, em 1930, o número de instrumentos para avaliar a qualidade de vida multiplicou-se e, até o ano de 1998, foram identificados 446 instrumentos. Deste total, constatou-se que 70%, o equivalente a 322 dos instrumentos identificados, apareceram na literatura a partir dos anos 80. O considerável crescimento de instrumentos nas últimas décadas comprova os esforços realizados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica (56).

A preocupação com essas medidas tem levado à validação de índices de qualidade de vida, com base na avaliação do estado físico geral, capacidade funcional (para o trabalho e atividades domésticas), interação social (no ambiente de trabalho e no familiar), função cognitiva (concentração e memória) e estado emocional (ansiedade e depressão) (59). Desta maneira, Rabin (2006) concluiu que ao se falar de qualidade de vida deve-se considerar três aspectos fundamentais referentes ao constructo:

- 1 – Subjetividade: a perspectiva do indivíduo é o que está em questão. A realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo próprio indivíduo.
- 2 – Multidimensionalidade: a qualidade de vida é composta por várias dimensões, e sua medida é feita através de escores e em vários domínios (físico, mental, social).
- 3 – Presença de dimensões positivas e negativas: mobilidade e dor (60).

A partir desses aspectos, observamos que, ao contrário do que as tendências iniciais sobre o conceito preconizavam, os estudiosos concluíram que a qualidade de vida de uma pessoa só pode ser avaliada por ela própria. Neste sentido, surgiu a preocupação e o cuidado quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde (56).

Com a ideia de se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, foram surgindo instrumentos de mensuração que tendem a preservar o aspecto multidimensional e avaliam ainda a percepção geral da qualidade de vida, embora o foco recaia habitualmente sobre sintomas, incapacidades ou limitações causadas pela enfermidade (56).

Alguns levantamentos realizados para identificar o crescimento de medidas de avaliação da qualidade de vida e sua aplicabilidade nas inúmeras especialidades, constataram considerável aumento do número de instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde. Assim, constatou-se que em 46% dos trabalhos publicados eram tratadas as medidas da qualidade de vida para populações e agravos específicos, seguidas de 22% que trabalhavam com medidas genéricas da qualidade de vida (56).

Na década de 90, houve uma explosão de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, em sua maior parte desenvolvidos nos Estados Unidos que possuíam grande interesse em traduzi-los e aplicá-los em outras culturas. Sabe-se que a tradução e aplicação transcultural de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso, pois alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito de qualidade de vida possa não estar relacionado à cultura. Da mesma maneira, em um âmbito mais abstrato, alguns autores afirmam existir uma "universal cultural" de qualidade de vida, ou seja, que independente de nação, cultura ou época, é fundamental que os indivíduos se sintam socialmente integrados, bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se funcionalmente competentes (50).

Neste âmbito, a procura de um instrumento avaliativo que fornecesse dados sobre a qualidade de vida dentro em uma perspectiva genuinamente internacional, fez com que a Organização Mundial da Saúde elaborasse um projeto colaborativo multicêntrico que resultou na elaboração do *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)*, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens (50). O *WHOQOL-100* foi desenvolvido simultaneamente do mundo, em mais de 15 idiomas, podendo comparar a qualidade de vida internacionalmente.

Desta maneira, pode-se pensar que a avaliação de resultados, em termos de qualidade de vida, amplia as informações a respeito da evolução da doença e do

tratamento, sendo assim, pode-se utilizar a qualidade de vida como um fator prognóstico. Ela pode ainda se tornar um indicador de saúde no caso de se estabelecer a relação entre o benefício e o custo do tratamento pesquisado, objetivando definir seu valor social frente a outras prioridades da assistência médico-sanitária (59).

Na atualidade têm-se dois tipos de instrumentos, os instrumentos genéricos e os específicos, para avaliar a qualidade de vida. É essencial escolher o instrumento mais adequado à demanda e ao que se quer medir em uma pesquisa. Instrumentos genéricos, como o *WHOQOL-100*, têm a possibilidade de detectar efeitos de intervenções e procedimentos, tais como efeitos colaterais e ainda apontar efeitos da comorbidade sobre a saúde. O que caracteriza os instrumentos genéricos é que estes podem ser utilizados em inúmeras condições e situações, bem como para a população em geral. Os instrumentos genéricos de avaliação costumam ser utilizados para determinar o status funcional em populações com doenças crônicas (60).

Segundo Rabin (2006), o *WHOQOL* é considerado um instrumento genérico que pode ser utilizado para pacientes com câncer (60). Em um estudo japonês, em que foram selecionados 197 pacientes, comprovou-se que este instrumento é suficientemente sensível para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer (61).

Quando comparado a outras localizações, os tratamentos efetivos para o câncer de mama podem produzir uma sobrevida de 10 anos. Tal dado tem estimulado a preocupação com a qualidade de vida destas pacientes. Com o diagnóstico precoce e a melhoria dos demais tratamentos, muitas mulheres estão convivendo com a doença e se ajustando às novas condições de vida, que são: alteração da imagem corporal (alopecia, alteração de peso e perda da mama), modificação nas relações interpessoais (isolamento, relacionamento conjugal, familiar e profissional) e mudanças no estado de humor.

Nas pesquisas oncológicas, a eficácia terapêutica é avaliada por parâmetros biomédicos, como diminuição do tumor, intervalo livre de doença e toxicidade. Porém, é necessário que os resultados do tratamento do câncer sejam mensurados em termos do que ele traz de limitações físicas e psicológicas ao paciente. Surge

assim, a necessidade de se avaliar o impacto da doença, e do seu tratamento, sobre a qualidade de vida da pessoa. Desta forma, a qualidade de vida pode ser observada de duas maneiras: uma, em que ela tem menor peso do que a sobrevida, e outra, pela qual dois paradigmas devem ser objetivamente expressos, para que sejam medidos: o conceito popular do que é bom e os parâmetros do bem estar individual (62).

Nesta linha de raciocínio, podemos considerar alguns fatores psicológicos que têm influência sobre a qualidade de vida em pacientes com câncer como: depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, que inclui desde o abandono por parte de família e amigos até a morte. Nas mulheres com câncer de mama, outros aspectos que podem comprometer a qualidade de vida devido ao tratamento são: idade, diminuição da mobilidade, linfedema do membro superior, cirurgia, uso de quimioterapia, hormonioterapia, sintomas vasomotores, síndrome climatérica, secura vaginal, disfunções sexuais, relacionamento conjugal e dificuldades econômicas. Muito embora todos os fatores mencionados sejam citados separadamente, vale ressaltar que estes estão continuamente interagindo e contribuindo em algum grau para a qualidade de vida da paciente com câncer de mama (62).

Tem-se ciência de que pacientes com câncer de mama experimentam, ao menos, um declínio temporário em sua qualidade de vida, no período do diagnóstico e durante o tratamento. Após esta fase muitas das mulheres tratadas melhoram. No entanto, algumas continuam a relatar o declínio na qualidade de vida em comparação ao período pré-diagnóstico.

Ferraz (2009), ao aplicar a versão abreviada do questionário sobre qualidade de vida, *WHOQOL-bref*, em uma amostra de 60 mulheres mastectomizadas, sendo aproximadamente 72% com cinquenta anos ou mais, concluiu em sua pesquisa que os resultados sugerem que a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas está fortemente associada a vários fatores como: atividade laboral, vida sexual, alteração do sono, renda familiar e a percepção de saúde no momento da entrevista. A autora ressalta ainda que no resultado da pesquisa, o tipo de mastectomia realizada mostrou uma associação de significância limítrofe no âmbito das relações sociais (63).

O câncer de mama tem uma alta prevalência entre as mulheres, causando transtornos físicos e psíquicos que podem prejudicar o tratamento e a qualidade de vida. É sabido que inúmeros fatores relacionados ao desenvolvimento deste tipo de câncer são conhecidos, principalmente os fatores de origem hormonal e reprodutivo, porém pouco se tem concluído sobre os fatores de ordem psicológicos ou psicossomáticos. Alguns estudos não acharam relevância deste tipo de abordagem, enquanto outros perceberam a importância das relações psicossomáticas com o desenvolvimento e controle do câncer de mama. Com o presente estudo, tenta-se analisar estes fatores como de importância para serem abordados, pois desta forma, poderemos intervir, melhorando não só a qualidade do tratamento proposto, como o acompanhamento destas pacientes que mais frequentemente só são avaliadas de acordo com sua queixa física.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Avaliar a prevalência de depressão, de ansiedade e a qualidade de vida em mulheres encaminhadas para atendimento em ambulatório terciário de mastologia, que são acompanhadas durante o diagnóstico e o tratamento de câncer de mama.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os aspectos emocionais das pacientes com câncer de mama que estão em fase de tratamento, traçando um perfil etário, religioso, ocupacional, antecedentes familiares e eventos estressantes que possam contribuir para transtornos psicológicos.

- Conhecer o perfil das pacientes com câncer de mama que são atendidas em um serviço público de saúde do estado do Tocantins, através das seguintes variáveis:

Variáveis comportamentais: antecedentes de transtornos psicológicos, eventos estressantes, perda ou luto.

Variáveis sócio-econômicas: idade, estado civil, ocupação, religião, escolaridade e tipo de tratamento realizado.

3 MÉTODOS

Para este estudo observacional de corte transversal, descritivo, analítico e prospectivo, foram selecionadas 25 mulheres em tratamento para câncer de mama, atendidas no ambulatório de mastologia do Hospital Geral de Palmas (HGP), Tocantins, no período entre setembro a dezembro de 2009. Para esta pesquisa, foi aplicada a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), o questionário de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref)* e um formulário com perguntas preenchidas pelo examinador relativas às condições sócio-culturais, dando-se ênfase a antecedentes de eventos estressantes, como perda de parentes próximos, separação ou divórcio ou algum tipo de luto ou perda que pudesse influenciar no aspecto emocional das pacientes antes do diagnóstico.

3.1 AMOSTRA

Foram selecionadas para este estudo 25 mulheres em tratamento de câncer de mama atendidas no ambulatório de mastologia do HGP, conforme estavam agendadas, de forma aleatória, que preenchessem os critérios de inclusão e que concordassem em participar do estudo. O ambulatório de mastologia do HGP possui apenas dois mastologistas que realizam o atendimento e as cirurgias da especialidade, este ambulatório é a única referência para a região centro-sul do estado do Tocantins.

As pacientes foram entrevistadas pelo próprio pesquisador durante a consulta no ambulatório de mastologia e quimioterapia do Hospital Geral de Palmas (HGP). Foram incluídas na pesquisa, mulheres com diagnóstico de câncer de mama antes de iniciar o tratamento e as que já haviam iniciado, sendo excluídas aquelas que já haviam terminado o tratamento, mulheres não alfabetizadas e com antecedentes de distúrbios psiquiátricos. Todas concordaram em participar do estudo.

3.2 INSTRUMENTOS

Para este estudo foi utilizada a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o questionário de qualidade de vida da OMS na versão abreviada, o *WHOQOL-bref* e um formulário sobre perguntas sócio-econômico-culturais das pacientes, bem como informações a respeito do estadiamento da doença e fatores familiares de risco para câncer de mama, além de eventos estressantes.

A escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão vem sendo utilizada em pacientes com doença orgânica, sendo um instrumento capaz de medir a ansiedade e a depressão separadamente e tem sido utilizada com sucesso para avaliar sintomas psicológicos em portadores de câncer (64). Portanto, optou-se por utilizar esta escala para avaliar transtorno de ansiedade e depressão, devido à facilidade de entendimento do sujeito avaliado e a praticidade de avaliação. O entrevistado responde as questões de acordo como tem se sentido na última semana.

A escala é composta de 14 questões, sendo 7 para ansiedade e 7 para depressão. O entrevistado atribui uma nota de zero a três para cada pergunta, totalizando uma pontuação que pode variar de zero a 21 em cada subescala. Uma pontuação de 8 ou mais, em cada subescala, sugere transtorno de depressão e/ou ansiedade.

O *WHOQOL-bref* consta de 26 questões, sendo 2 questões gerais de qualidade de vida e 24 questões que compõem as facetas do instrumento original, divididos em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. É uma escala amplamente utilizada no mundo, onde existe uma versão mais completa conhecida como *WHOQOL-100*. A versão abreviada é mais utilizada e foi adaptada e validada no Brasil pela equipe de psiquiatria da faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, liderada pelo Prof. Dr. Marcelo Fleck (49).

A seguir, demonstra-se a escala *WHOQOL-bref* com suas questões relacionadas com os diversos domínios (tabela 1).

Tabela 1 – Domínios do *WHOQOL-bref* de acordo com o número da questão

Domínios	nº	questão
Global	1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?
	2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?
Físico	3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
	4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
	10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
	15	Quão bem você é capaz de se locomover?
	16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?
	17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
	18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?
	Psicológico	5
6		Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
7		O quanto você consegue se concentrar?
11		Você é capaz de aceitar sua aparência física?
19		Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?
26		Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
Relações sociais	20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas) ?
	21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?
	22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Meio ambiente	8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?
	9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?
	12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
	14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
	23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?
	24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?

De acordo com estes instrumentos, procedeu-se a uma análise descritiva dos dados, construindo para as variáveis quantitativas, tabelas com medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com o tipo de variável analisada (discreta ou contínua). Calculou-se o escore médio de cada uma das 26 questões (facetas) e, em seguida, o escore médio de cada um dos quatro domínios, além da QV geral, multiplicados por 4, através de uma sintaxe do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 12.0 (tabela 2). Os escores das questões q3 q4 q26 foram recodificados de acordo com a escala a seguir: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

Tabela 2 – Sintaxe do SPSS versão 12.0 para escores baseados numa escala de 4 a 20

Domínios	Sintaxe
Domínio 1 (físico)	COMPUTE dom 1 = MEAN.6(q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18) * 4. EXECUTE.
Domínio 2 (psicológico)	COMPUTE dom 2 = MEAN.5(q5, q6, q7, q11, q19, q26) * 4. EXECUTE.
Domínio 3 (relações sociais)	COMPUTE dom 3 = MEAN.2(q20, q21, q22) * 4. EXECUTE.

Domínio 4 (meio ambiente)	COMPUTE dom 4 = MEAN.6(q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25) * 4. EXECUTE.
Domínio global	COMPUTE geral = MEAN.2(q1, q2) * 4. EXECUTE.

Com o escore médio, realizou-se os cruzamentos das variáveis com os domínios do *WHOQOL-bref* mediante a aplicação de ANOVA. Para todos os testes feitos, considerou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Ainda, para avaliar a consistência interna do *WHOQOL-bref*, ou seja, a correlação e homogeneidade entre os itens do instrumento, utilizou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

As pacientes concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) após orientação sobre sua participação e o projeto foi submetido à análise pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins (UFT), sendo aprovado sob o processo de nº 058/2009. De acordo com normatização do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital Geral de Palmas, a exposição dos dados da pesquisa serão divulgados junto à diretoria de gestão da educação na saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins (SESAU).

As mulheres foram consultadas antes da aplicação dos testes, orientadas a respeito do presente estudo e sua finalidade, bem como, a isenção total de ônus ou restrição ao seu tratamento. Foram utilizadas duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo uma via de porte da paciente com informações de contato do pesquisador e outra anexa à pesquisa.

A entrevista durou em média 15 minutos, iniciando pelo questionário sobre condições sócio-econômicas, dados sobre a doença e estadiamento, antecedentes pessoais e familiares. Todos preenchidos pelo pesquisador. O preenchimento dos instrumentos *HADS* e *WHOQOL-bref* foi incentivado a ser respondido pelas próprias

pacientes, porém algumas tiveram dificuldades de entendimento de alguns itens, nestes casos, houve auxílio por parte do pesquisador.

Os dados foram analisados utilizando os softwares *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 10.0 e Bioestat 5.0.

4 RESULTADOS

No momento da entrevista, as pacientes apresentavam diagnóstico de câncer de mama que variou de 1 mês até 24 meses, 13 pacientes tinham recebido o diagnóstico há menos de 6 meses, 5 pacientes tinham diagnóstico há mais de 6 meses e 7 pacientes já estavam em tratamento entre 1 e 2 anos.

Em relação ao tipo de tratamento cirúrgico que haviam sido submetidas, 11 tinham sido submetidas à cirurgia conservadora (quadrantectomia ou quadrante), 10 foram mastectomizadas e 4 não haviam feito tratamento cirúrgico, nenhuma realizou cirurgia de reconstrução mamária. Em relação ao estado civil: 15 eram casadas, 5 viúvas, 3 separadas e 2 solteiras. Em relação à religião, 13 mulheres afirmaram ser evangélicas, 11 católicas e 1 de outra religião (tabela 3).

Tabela 3 – Características gerais das pacientes

Idade (anos)	
(média±D.P.)	50,44±12,07
Estado civil	
Casadas	15
Solteiras	2
Separadas	3
Viúvas	5
Escolaridade	
Fundamental incompleto	8
Fundamental completo	8
Ensino médio	5
Superior incompleto	2
Superior completo	2
Religião	
Católica	11

Evangélica	13
Outras	1
Principal atividade	
Do lar	13
Lavadora	3
Vendedora	2
*Outras	7

*Refere-se a profissões com frequência=1

A idade variou entre 34 e 85 anos, as 25 pacientes foram divididas em faixas etárias: entre 30-39 anos com 5 pacientes; entre 40-49 anos com 8 pacientes; entre 50-59 anos com 7 pacientes; entre 60-69 anos com 4 pacientes e 1 paciente na faixa etária entre 80-89 anos (figura 1).

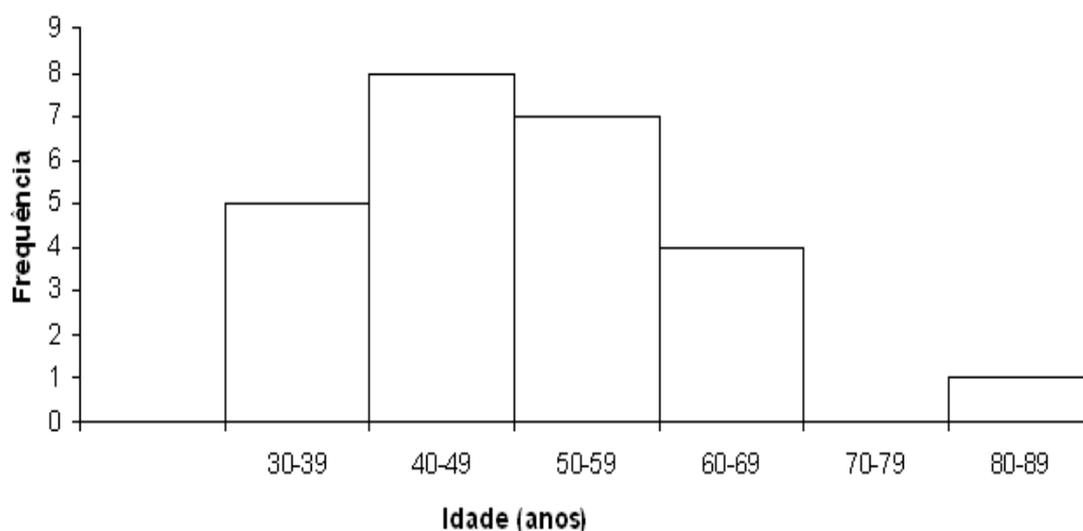


Figura 1- Histograma da idade das pacientes estudadas

Em relação aos antecedentes familiares de câncer de mama, 20 pacientes negam este fato e 5 relatam antecedentes da doença em parentes de primeiro e segundo grau.

Quando foram abordadas com relação a eventos estressantes, 13 relataram algum evento estressante com marcador de tempo de 5 anos antes do diagnóstico, tais como: perdas, luto e separação. As outras 12, negaram esta fato.

Definiu-se eventos estressantes como sendo um acontecimento que tivesse grande relevância na vida destas pacientes, interferindo diretamente no seu cotidiano e que gerasse grande transtorno psicológico, tais como perdas ou luto não elaborados.

Durante a pesquisa registrou-se também o estadiamento da doença, que foi retirado do prontuário ou estadiado no momento da entrevista (tabela 4).

Tabela 4 - Estadiamento clínico de acordo com a classificação TNM

Ec I	4
Ec II (IIa+IIb)	10
Ec III (IIIa+IIIb+IIIc)	7
Ec IV	4
Total	25

Quanto à análise da escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, os dados apontam que 7 pacientes apresentaram ansiedade e 4 pacientes apresentaram depressão, sendo 28% e 16% respectivamente. 3 pacientes apresentaram ansiedade e depressão concomitante, dessas, 2 fizeram cirurgia conservadora e 1 não tinha realizado procedimento cirúrgico. Das 3 pacientes que apresentaram depressão e ansiedade concomitante, 2 relataram eventos estressantes antes do diagnóstico, 1 relatou perda da mãe e separação judicial e a outra, a perda do cônjuge. As demais, em número de 14, não tiveram escore suficiente para diagnosticar ansiedade e/ou depressão.

Quanto a relação entre as pacientes que apresentaram depressão e o tipo de cirurgia, duas fizeram cirurgia conservadora, uma foi submetida à mastectomia e uma não fez cirurgia (figura 2).

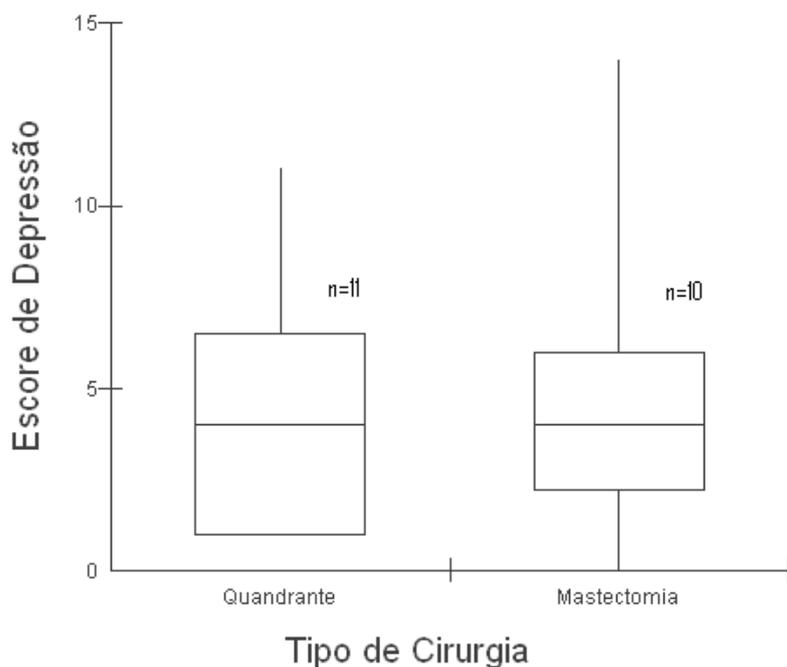


Figura 2- *Boxplot* da relação entre tipo de cirurgia e o escore de depressão

Ainda de acordo com a HADS, 7 pacientes apresentaram dados compatíveis com ansiedade, sendo que 4 foram submetidas à cirurgia conservadora, 2 fizeram mastectomia e 1 não realizou procedimento cirúrgico (figura 3).

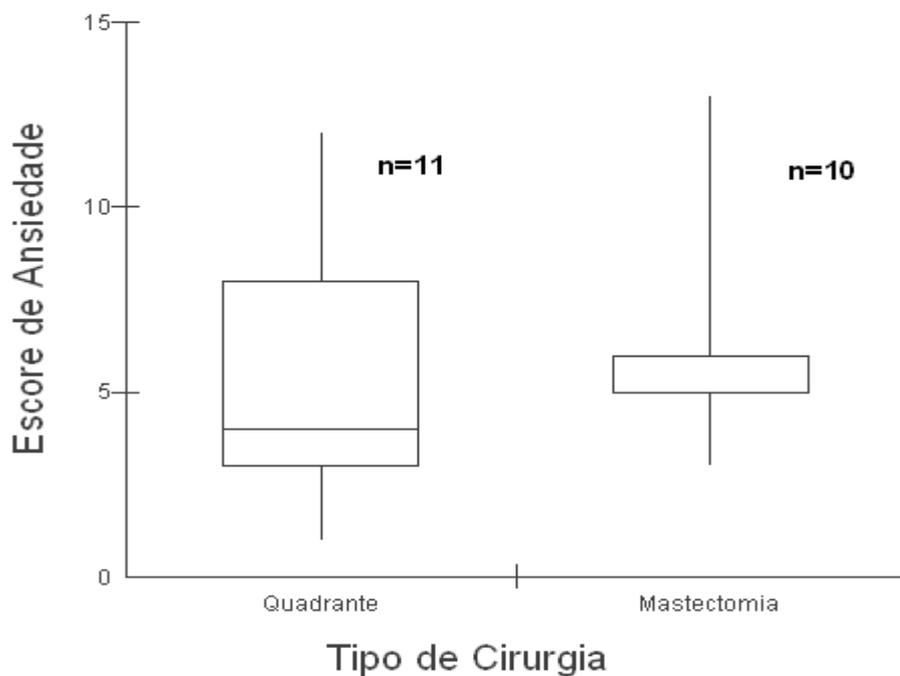


Figura 3 – *Boxplot* da relação entre tipo de cirurgia e o escore de ansiedade

Nas tabelas abaixo, apresentam-se os escores dos cruzamentos das variáveis com os domínios do *WHOQOL-bref*.

Quanto ao escore das facetas de qualidade de vida em relação ao domínio físico (tabela 5), observa-se que o escore médio varia entre 12,48 e 15,68.

Tabela 5 - Escore médio das facetas de qualidade de vida geral do instrumento *WHOQOL-bref* em pacientes em relação ao domínio físico

Nº da Questão	Facetas de Qualidade de Vida Geral	Valor do Escore médio
01	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	14,56
02	Você está satisfeita com a sua saúde?	14,56
	escore médio geral	14,56
	Facetas do Domínio Físico	
03	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	15,04
04	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	12,48
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	14,72
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	15,04
16	Quão satisfeita você está com seu sono?	15,68
17	Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-dia?	14,40
18	Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?	13,12
	escore médio geral do domínio	14,36

Em relação ao escore das facetas de qualidade de vida geral do instrumento *WHOQOL-bref* nas pacientes relacionando ao domínio psicológico e relações sociais, estes variam de 12,32 a 16,16 e 12,32 a 16,96, respectivamente (tabela 6).

Tabela 6 - Escore médio das facetas de qualidade de vida geral do instrumento *WHOQOL-bref* em pacientes relacionado ao domínio psicológico e relações sociais

Nº da Questão	Facetas do Domínio Psicológico	Valor do Escore médio
05	O quanto você aproveita a vida?	12,32
06	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	15,52
07	O quanto você consegue se concentrar?	14,08
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	15,36
19	Quão satisfeita você está consigo mesma?	15,04
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mal humor, desespero, ansiedade e depressão?	16,16
	escore médio do domínio	14,76
	Facetas do Domínio Relações Sociais	
20	Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	16,96
21	Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	12,32
22	Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	16,96
	escore médio do domínio	15,40

No que se refere ao domínio meio ambiente, este apresentou escores que variaram entre 10,24 e 15,20 (tabela 7).

Tabela 7 - Escore médio das facetas de qualidade de vida geral do instrumento *WHOQOL-bref* em pacientes em relação ao domínio do meio ambiente

Nº da Questão	Facetas do Domínio Meio Ambiente	Valor do e médio
08	Quão segura você se sente em sua vida diária?	13,76
09	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	15,04
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas	10,24

	necessidades?	
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa nos seus dia-a-dia?	13,60
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	11,36
23	Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?	15,20
24	Quão satisfeita você está com o acesso aos serviços de saúde?	14,40
25	Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?	13,60
	escore médio do domínio	13,40

Quando são comparados os escores dos diferentes domínios, de acordo com o tipo de tratamento, observa-se que não houve diferença significativa entre estes (tabela 8).

Tabela 8 - Análise de variância dos quatro domínios em relação ao tipo de tratamento

Tipo de tratamento	Físico	Psicológico	Rel. Soc.	Meio Amb.
Quimioterapia	13,52 (2,44)	13,56 (1,88)	15,84 (1,68)	13,16 (2,00)
Cirurgia	15,12 (2,48)	15,44 (2,12)	14,92 (1,76)	13,64 (2,44)
Outros (Hormonioterapia e Radioterapia)	14,16 (2,36)	15,32 (1,88)	16,28 (1,12)	13,32 (0,84)
ANOVA	$F_{0,05;22}=1,06;$ $P=0,36$	$F_{0,05;22}=2,50;$ $P=0,10$	$F_{0,05;22}=1,46;$ $P=0,25$	$F_{0,05;22}=0,13$ $P=0,87$

4.1 VALIDADE DE CRITÉRIO

Quando os domínios foram correlacionados entre si (Tabela 9), nenhum apresentou coeficientes de correlação significativo. A relação entre o domínio psicológico e o físico apresentou o coeficiente de correlação mais baixo em relação aos demais domínios.

Tabela 9 - Matriz de correlação de *Spearman* entre os diferentes domínios na amostra total.

Domínios	Físico	Psicológico	Rel. Soc.	Meio Amb.
Físico	-	0,01 (0,96)*	0,03 (0,88)	0,53 (0,07)
Psicológico		-	0,23 (0,27)	0,18 (0,39)
Relações Sociais			-	0,17 (0,40)
Meio Ambiente				-

*valor de P

4.2 CONSISTÊNCIA INTERNA

A confiabilidade de um instrumento é de grande valia, pois determina se cada instrumento apresentou uma generalização dos resultados para a toda a população. A aferição da confiabilidade mede o grau de confiabilidade interna das questões utilizadas nos diferentes domínios.

A consistência interna é determinada pela forma como os vários itens de uma escala variam, se medem a mesma informação, a consistência é alta, e se não medem, a consistência pode ser até negativa.

A consistência interna para todas as 26 questões do *WHOQOL-bref* foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de *Cronbach*. Este valor foi de 0,842, indicando uma fidedignidade e consistência interna satisfatória.

5 DISCUSSÃO

O câncer de mama é uma patologia de alta incidência no Brasil, porém nos últimos três anos temos visto uma estabilização na estimativa de casos novos, que não devem ultrapassar 50.000 novos casos/ano (1). Apesar disso, ainda é alto o número de casos avançados da doença, principalmente em decorrência do diagnóstico tardio em função da dificuldade de acesso aos exames de detecção precoce, principalmente a mamografia, ou pela demora de se chegar a um centro especializado. Esta dificuldade, por si só, já é um fator de angústia e estresse para muitas mulheres que peregrinam em busca de diagnóstico e tratamento especializado.

De acordo com as pacientes pesquisadas, cerca de metade dos casos apresentavam diagnóstico em fase mais inicial do câncer de mama, 14 pacientes receberam diagnóstico no estadiamento I e II e 11 pacientes apresentavam estadiamento mais avançado, entre III e IV, demonstrando que ainda temos muitos casos de câncer de mama sendo diagnosticados numa fase mais avançada da doença, o que diminui consideravelmente a possibilidade de cura e torna o tratamento mais dispendioso e agressivo, afetando diretamente a qualidade de vida destas mulheres. Com relação ao tipo de tratamento recebido, das pacientes que apresentavam depressão, duas foram submetidas a tratamento cirúrgico conservador e uma fez mastectomia, de forma que não houve influência do tipo de tratamento recebido com o quadro de depressão. Da mesma maneira, em relação à ansiedade, não houve aumento dos transtornos de ansiedade em pacientes que haviam feito cirurgia mais radical, o que se pode concluir que, cirurgias de maior radicalidade oncológica não aumentaram o número de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão em relação aquelas que fizeram cirurgia mais conservadora. Isto está de acordo com alguns estudos, em que a depressão independe do grau de agressividade do câncer de mama (28).

A maioria das pacientes encontrava-se na faixa etária que vai de 40 a 59 anos, o que, segundo dados da literatura, é a faixa etária de maior acometimento do câncer de mama. Houve apenas 1 caso de paciente com mais de 80 anos incluída

na pesquisa, porque a mesma se encontrava em perfeitas condições cognitivas que não prejudicavam o preenchimento dos instrumentos ora utilizados.

Apenas 5 pacientes tinham histórico familiar de câncer de mama, sendo 20 casos ditos esporádicos. Sabe-se que o câncer de mama é uma doença de caráter genético, por mutações de genes, porém os casos hereditários são encontrados em torno de 5 a 10% das pacientes (7).

Ao analisar os resultados apresentados constata-se que 52% das pacientes reconhecem que houve eventos estressantes antes do diagnóstico de câncer de mama, 13 pacientes relataram algum fato que trouxesse uma grande repercussão sobre suas vidas, gerando transtornos de ordem psicológica. Destes eventos, encontram-se 84,61% relacionados à perda de um parente próximo, sendo a perda do cônjuge e dos pais o evento de maior impacto. Outro evento apontado, mas de menor frequência, foi a separação do marido e um caso de abortamento.

Isto demonstra que a maioria das pacientes apresentou eventos estressantes antes do diagnóstico. Corroborando com alguns estudos, que analisaram eventos estressantes, estilo de vida, suporte social e fatores emocionais e de personalidade e a relação entre fatores psicológicos e o desenvolvimento de câncer de mama, não houve evidência de que ansiedade crônica ou depressão afetasse o desenvolvimento de câncer de mama (21). Os fatores mais fortemente relacionados foram a repressão e eventos estressantes durante a vida (39), alterando o mecanismo de defesa do organismo através dos fatores de proteção do sistema imunológico (16), (17).

No que se refere aos domínios do *WHOQOL-bref*, observa-se que os resultados indicam que todos os domínios do instrumento apresentaram escores médios entre 13,40 (Meio Ambiente) e 15,40 (Relações Sociais), tendo assim os pacientes uma qualidade de vida classificada como intermediária.

Em relação às facetas do domínio físico, encontra-se um escore geral de 14,36, significando que as pacientes estavam em grau intermediário de aceitação das suas condições físicas, da dependência de tratamento médico, da dor física que pudesse impedi-las de executar suas atividades diárias.

Já na faceta de domínio psicológico, o escore geral foi de 14,76, houve variação de 12,32 a 16,16, sendo o questionamento do quanto ela aproveita a vida de escore mais baixo (12,32) e a frequência de sentimentos negativos, entre os quais estão incluídas a ansiedade e a depressão com escore de 16,16, significando que algumas vezes essas pacientes apresentaram sintomas de ordem psicológica. As facetas dos domínios das relações sociais e meio ambiente apresentam um escore de 15,40, e 13,40 respectivamente, a pergunta sobre satisfação com a vida sexual teve escore mais baixo e a satisfação com o apoio que recebe dos amigos teve escore de 16,96, observando que, algumas mulheres que não tinham vida sexual ativa responderam que estavam satisfeitas com a sua sexualidade. No domínio meio ambiente, o escore mais baixo foi encontrado na questão sobre condições econômicas, a qual teve escore de 10,24, porém estavam satisfeitas com as condições do local onde moram, com escore de 15,20. O que se pode inferir que no conjunto dos domínios, há uma avaliação pelas pacientes que suas vidas apresentam uma média razoável quanto à qualidade de vida.

Estes dados estão de acordo com os estudos de Huguet et al. (2009) que avaliou a qualidade de vida de 110 mulheres com câncer de mama que estavam em tratamento há pelo menos um ano. Observou-se que idade, escolaridade, tipo de cirurgia e tempo de cirurgia não influenciaram a qualidade de vida nos domínios psicológico, físico, meio ambiente e relações sociais. As mulheres que mantinham vida sexual estável obtiveram maiores escores no domínio psicológico e relações sociais e mulheres com melhor nível socioeconômico ressaltaram nos domínios físico e meio ambiente (26). Analisando os domínios e o tipo de tratamento realizado não houve influência do tipo de tratamento com os diferentes domínios, o que se pôde verificar que o tipo de tratamento não chega a ter uma influência importante na qualidade de vida global.

O domínio físico e o domínio meio ambiente foram os que tiveram os escores mais baixos, o que podemos deduzir que as condições físicas das pacientes, bem como os fatores externos, agem diretamente na qualidade de vida, pois quando há um comprometimento das atividades laborais, podemos ter uma diminuição da qualidade de vida de forma isolada e não na qualidade de vida global. De acordo com um estudo de 45 pacientes, em que se avaliou a qualidade de vida, depressão e câncer de mama, a presença de alterações psicológicas, sociais e ambientes não

pioraram a qualidade de vida total, mas o domínio físico foi o que mais contribuiu para diminuição da qualidade de vida (65).

Quanto à análise da escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, os dados apontam que 7 pacientes apresentaram ansiedade e 4 pacientes apresentaram depressão, sendo 28% e 16% respectivamente. As outras 14 pacientes não tiveram escore acima de 8, o que caracterizaria depressão ou ansiedade, 3 pacientes que apresentaram depressão associada com ansiedade, somente 2 relataram eventos estressantes, o que não se pode afirmar que eventos traumáticos possam influenciar no surgimento de transtornos psicológicos. Por outro lado, a escala contempla somente os sintomas da última semana antes da entrevista, o que pode ser um fator limitante para uma melhor avaliação. Em pesquisa realizada comparando escalas, a HADS foi de maior utilidade do que outras escalas quando se avaliou a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama. Utilizaram-se três instrumentos de auto-avaliação, a HADS (Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade), BSI (Inventário Curto de Sintomas) e VAS (Escala Visual e Análoga) (29). Verifica-se que estes estudos realizaram uma análise comparativa entre os referidos instrumentos, o que não foi o propósito desta pesquisa, haja vista que não foi realizado um estudo de corte longitudinal, nem tampouco uma análise comparativa entre os instrumentos de *WHOQOL-bref* e a HADS, mas sim uma complementação entre os instrumentos, onde os dados apresentados sugerem que os eventos estressantes podem ter influência sobre o surgimento do câncer de mama e que os fenômenos psicológicos de depressão e ansiedade necessitam de uma melhor avaliação quanto à utilização dos instrumentos de levantamento de dados nas pesquisas realizadas.

6 CONCLUSÃO

O câncer de mama tem inúmeros fatores de provável etiologia, os mais conhecidos são fatores genéticos e de origem orgânica. Mais recentemente, alguns estudos têm apontado fatores de origem psicossomática que poderiam influenciar na gênese desse tipo de tumor. Muitas pesquisas tentam fazer uma relação entre transtornos psicológicos e diminuição dos fatores de defesa imunológica, de forma a contribuir para o aparecimento de tumores. Transtornos de origem psicológica, como ansiedade e principalmente depressão, têm sido supostamente associados a um aumento na probabilidade de aparecimento de diversos tipos de câncer, incluindo o câncer de mama.

Muitos instrumentos de análise são utilizados para determinar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com doenças orgânicas, um dos mais utilizados é a HADS, que é um instrumento de fácil entendimento, de preenchimento rápido e análise simples, porém que abrange como o sujeito tem se sentido na última semana, o que pode restringir sentimentos outrora determinados.

Os eventos estressantes apontados neste estudo tiveram relevância, pois mais da metade das pacientes relataram este fato, 13 mulheres sofreram algum tipo de estresse que pudesse interferir nas suas atividades e que tivesse uma influência levando a transtornos psicológicos, principalmente, quando foi perguntado sobre separação do cônjuge e perda inesperada de parentes muito próximos. E as demais, ou seja, 11 mulheres, não relataram acontecimentos que influenciassem no seu estado psicológico.

A ansiedade foi mais prevalente do que a depressão, 7 pacientes (28%) tiveram escore suficiente para diagnosticar ansiedade e apenas 4 pacientes (16%) apresentaram dados que indicavam depressão. Do total, 3 pacientes (12%) apresentaram ansiedade e depressão simultaneamente, demonstrando que há uma relação muito próxima dos transtornos de ansiedade e depressão. Porém, ao se analisar o tipo de tratamento, não foi observado influência do procedimento cirúrgico como fator de aumento destes transtornos psicológicos.

O instrumento de análise da qualidade de vida, *WHOQOL-bref*, teve uma boa aceitação e houve uma fidedignidade de respostas, o que se pode concluir que é um instrumento de boa avaliação, tanto em pessoas sem patologia, como em portadores de câncer.

Ao se analisar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama, o que mais se pôde observar é que fatores do domínio físico e do domínio meio ambiente possam ter mais influência na qualidade de vida geral do que outros fatores de análise do *WHOQOL-bref*, principalmente, em relação a questões econômicas e de atividades de lazer ou quando há necessidade diária de algum tratamento médico.

A maioria considera-se satisfeita com sua condição de saúde, o que se supõe que o tratamento que elas vem recebendo, conforta e traz esperança para enfrentar a patologia. A satisfação com a própria saúde no momento da entrevista contribuiu para uma melhor avaliação da qualidade de vida, a qual teve escore de 14,56.

O presente estudo teve a proposta de poder conhecer melhor os aspectos psicológicos e sociais das mulheres com câncer de mama, desta forma, contribuindo para um tratamento mais global que pudesse, não só tratar a doença orgânica, mas proporcionar um tratamento mais humanizado, dando dignidade e conforto para estas mulheres que ainda padecem pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente, retardando o diagnóstico e piorando o prognóstico desta patologia.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas de incidência de câncer no Brasil. 2010. [acesso em 05 de janeiro de 2010]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics. *Cancer J Clin.* 2002;55(2):74-108.
3. Thuler LC. Condições sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev. Bras. Cancerol.* 2003; 49(4):227-38.
4. Kopans DB. Diagnóstico por imagem da mama. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
5. Pedersen L, Gunnarsdottir KA, Rasmussen BB, Moeller S, Langg C. The prognostic influence of multifocality in breast cancer patients. *Breast.* 2004;13:188-93.
6. Santos DR, Tambellini P. Estadiamento do câncer de mama. In: Barros ACSD, Buzaid AC, editores. *Câncer de mama – Tratamento Multidisciplinar.* São Paulo: Dendrix; 2007. p. 26-34.
7. Barros ACSD, Barbosa EM, Gebrim LH. Projeto diretrizes, 2001 Disponível em <http://www.projetodiretrizes.org.br/projetodiretrizes/024.pdf>. Acesso em 30 de jul. de 2009.
8. Barros ACSD, Andrade FE, Filassi JR. Tratamento cirúrgico radical. In: Barros ACSD, Buzaid AC, editores. *Câncer de mama – Tratamento Multidisciplinar.* São Paulo: Dendrix; 2007. p. 63-79.
9. Buzaid AC, Silva FZ. Quimioterapia adjuvante. In: Barros ACSD, Buzaid AC, editores. *Câncer de mama – Tratamento Multidisciplinar.* São Paulo: Dendrix; 2007. p. 221-36.
10. Chantler ML. Câncer de mama. In: Chantler ML. *Hematologia e oncologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.

11. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
12. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
13. Botega NJ, Furlanetto L, Fráguas Jr R. Depressão no paciente clínico. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 203-22.
14. Bovbjerg D. Psychoneuroimmunology: implications for oncology. *Cancer*. 1991;67(3):765-867.
15. Le Shan L. *O câncer como ponto de mutação*. 4ªed. São Paulo: Summus; 1992.
16. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser G. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*. 2002; 64:15-28.
17. Calábria L. Calábria QPA. Câncer de mama: a relação com estresse e depressão. *Psicologia Argumento: Curitiba*. 2005; 23(40):31-6.
18. Rosch PJ. Is cancer another “disease or adaptation?” Some insights into the role of stress and civilization. *Compr ther*. 1993;19(5):183-7.
19. Slovacek L, Slovackova B, Slanska I, Priester P, Petera J, Kopecky J, Vanaskova J. Cancer and depression: A prospective study. *Neoplasma*. 2009; 56(3):187-93.
20. Snoj Z, Licina M, Pregelj P. Depression and anxiety in Slovenian female cancer patients. *Psychiatr Danub*. 2008; 20(2):157-61.
21. Schraub S, Sancho-Garnier H, Velten M. [Should psychological events be considered cancer risk factors?]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2009;57(2):113-23.
22. Sales C, Paiva L, Scandiuzzi D, Anjos AC. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Rev. Bras. Cancerol*. 2001;47(3): 263-72.
23. Spiegel D. Cancer and depression. *British Journal of Psychiatry*. 1996;30: 109-16.

24. Epping-Jordan J, Compas B, Osowiecki D, Oppdisano G.; Gerrhardt C, Primo K. Psychological adjustment in breast cancer: Processes and emocional distress. *Health Psychol.* 1999;18(4): 315-26.
25. Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy: Preoperative predictors and types of illness. *J Psychosom.*1987; 31:387-92.
26. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):61-7.
27. Okamura M, Yamawake S, Akechi T, Taniguchi K, Uchitomi Y. Psychiatric disorders following first cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol.* 2005;35(6):302-9.
28. Spiegel D. Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66 Suppl. 1990;15: 1422-6.
29. Payne DK, Hoffman RG, Theodolou M, Dosik M, Massie MJ. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics.* 1999; 40: 64-9.
30. Groenvold M, Fayers PM, Sprangers MAG, Bjorner JB, Klee MC, Aaronson NK, Bech P, Mouridsen HT. Anxiety and depression in breast cancer patients at low risk of recurrence compared with the general population: a valid comparison? *J Clin Epidemiol.* 1999; 52(6):523-30.
31. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal.* 2005;330: 702-9.
32. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, Tani T, Okawa M, Buck R. Anxiety, emotional supression and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics.* 46(1):19-24. 2005.
33. Bower JE. Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *J Clin Oncol.*2008; 26:768-777.

34. Rossi L, Santos MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2003; 23(4): 32-41.
35. Baptista MN, Santos KM, Dias RR. Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento*. Curitiba.2006; 24(44):27-36.
36. Maluf MFM, Jo ML, Barros ACSD. O impacto psicológico do câncer de mama. *Rev. Bras. Cancer*. 51(2): 149-154. 2005.
37. Galizzi HR. Introdução. In: Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. *Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas: Depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu. 2001.
38. Filgueiras MST, Lisboa AV, Macedo RM, Paiva FG, Benfica TMS, Vasques VA. Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. *Estudos de Psicologia: Campinas*. 2007;24(4) 551-60.
39. Butow P N, Hiller JE, Price MA, Thackway SV, Kricker A, Tennant CC. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 2000;49: 169-81.
40. Monti DA, Mago R, Shakin K. Practical geriatrics: depression, cognition and anxiety among postmenopausal women with breast cancer. *Psychiatr Serv*. 2005; 56:1353-5.
41. Matos e Souza FG, Ribeiro RA, Silva MSB, Ivo PSA, Lima Jr VS. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. *Rev. Psiq. Clin*. 27(4): 207-214. 2000.
42. Ollonen P, Lehtonen J, Eskelinen M. Anxiety, depression, and the history of psychiatric symptoms in patients with breast disease: a prospective case-control study in Kuopio, Finland. *Anticancer Research*. 2005;25: 2527-34.

43. Peled R, Carmil D, Siboni-Samocho O, Shoham-Vardi I. Breast cancer, psychological distress and life events among young women. *BioMed Cancer*. 2008; 8:245-51.
44. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr J. A oncopsiquiatria no câncer de mama - considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. Psiq. Clin.* 2006;33(3):124-33.
45. Hjerl K, Andersen E, Keiding N, Mouridsen HT, Mortensen PB, Jorgensen T. Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*. 44:24-30. 2003.
46. Schwab JJ, Clemmons RS, Bialow M. A study of the somatic symptomatology of depression in medical inpatients. *Psychosomatics*. 1965;6:273-6.
47. Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Qual Life Outcomes*. 2003;1:29-31.
48. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;7(67): 361-70.
49. Snaith RP, Zigmond AS. HADS: Hospital anxiety and depression scale. Windsor: NFER Nelson. 1994.
50. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
51. Awad G, Vorunganti LNP. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26(3): 557-64.
52. Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine introduction. *Social Sciences and Medicine*, 1995.
53. Baum A. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. p. 31-42. 1995. 286 p.
54. Paim JS, Filho NA. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

55. França ACP, Viana BA. Interface psicologia e programa saúde da família: reflexões teóricas. Psicologia ciência e profissão. 2006.
56. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004;20(2):580-8.
57. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
58. Bleger J. Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 138 p.
59. Kligerman J. Câncer e qualidade de vida. Revista Brasileira de Cancerologia., 1999.
60. Rabin EG. Avaliação da Qualidade de Vida das Mulheres com câncer de mama e a percepção de seus parceiros. 115p.[Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006.
61. Ohara-Hirano Y, Hirakawa T. Uterine cervical cancer: A holistic approach to mental health and its socio-psychological implications. Fukuoka Igaku Zasshi. 2004; 95:183-94.
62. Conde DM, Pinto-Neto AM, Júnior, RF, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet.2006;28(3):195-204.
63. Ferraz A M N. Avaliação de Qualidade de vida de Mulheres Mastectomizadas. 65 p. [Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
64. Ballenger CJ, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Jones RD, Berard RM. Consensus statement on depression, anxiety and oncology. J Clin Psychiatry. 2001; 62(8):64-7.
65. Silva SR, Aguillar OM. Assistência de enfermagem e acompanhamento domiciliar em quimioterapia antineoplásica. Rev. Bras. Enfermagem. 2002;55(2):123-27.

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE PERGUNTAS ELABORADAS PELO
PESQUISADOR**

IDADE

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDADE

OCUPAÇÃO

RELIGIÃO

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÂNCER DE MAMA

ANTECEDENTES DE EVENTOS ESTRESSANTES

ESTADIAMENTO

QUANTO TEMPO DE DIAGNÓSTICO

FASE ATUAL DO TRATAMENTO

TIPO DE CIRURGIA

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

 <p>UFT Universidade Federal do Tocantins</p>	<p>CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS</p>
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO	PROCESSO Nº
PROJETO DE PESQUISA OU TIPO DE TRABALHO:	058/2009

O parecer consubstanciado do relator será utilizado como subsídio para o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade do Tocantins elaborar seu parecer final.

1 – Identificação da Proposta de Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso

<p>Título: Depressão, Ansiedade e Qualidade de vida em mulheres em tratamento de câncer de mama</p>
<p>Coordenador do Projeto ou Professor Orientador do TCC : Prof. Dr. Valdir Figueiras Pessoa</p>
<p>Pesquisadores: Nilo Coelho dos Santos Junior</p>
<p>Curso/ Departamento/Faculdade: Ambulatório de Mastologia do HGP</p>

2 – Análise do Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso

2.1 – Objetivos e Adequação metodológica (Verificar a exequibilidade da proposta, isto é, se existe clareza do objeto, compatibilidade entre os objetivos, a fundamentação teórica e a metodologia ou plano de ação, evidenciando consistência entre objetivos, procedimentos, ações de execução da pesquisa e capacidade do proponente, demonstrada por outros trabalhos similares.)

O projeto é exequível, com fundamentação adequada.

2.2 – Avaliação do Questionário a ser aplicado e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Os questionários a serem aplicados são de fácil compreensão, não apresentando questionário sobre dados pessoais, o que deverá tornar impossível a avaliação das variáveis sócio - econômicas. Os questionários deveriam ser dirigidos ao sexo feminino em todas as questões, p.ex. o Quadro 1 é todo dirigido ao sexo masculino.

Trata-se de um estudo estatístico, com metodologia adequada para alcançar os objetivos.

O "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" não está bem redigido, faltando a identificação completa do pesquisador, com a respectiva forma de comunicação direta com as entrevistadas, o que deverá ser corrigido. No mais, o documento satisfaz as exigências normativas quanto a segurança das pacientes pesquisadas.

2.3 – Revisão Bibliográfica

A bibliografia apresentada é satisfatória, podendo ser ampliada pois o tema é muito estudado.

3 – Qualificação do Pesquisador/Orientador (Indicar os atributos do Pesquisador/Orientador, salientando a titulação e experiência compatível com a função de orientação; qualidade e regularidade da produção científica/tecnológica/artística, compatível com o projeto de pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso)

O Prof. Dr. Valdir Figueiras Pessoa tem doutorado e pós – doutorado em neurofisiologia, com expressiva quantidade de publicações e orientações na área da saúde.



Parecer consubstanciado CEP - UFT - Página 1/2

4 – Parecer conclusivo, recomendações e/ou sugestões:

O projeto está aprovado, com recomendações a respeito da correção do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", onde deve constar claramente o meio de comunicação do pesquisador com as pessoas entrevistadas.

5 – Pendências: (Enumerar sucintamente as pendências a serem sanadas pelo Coordenador do Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso)

--

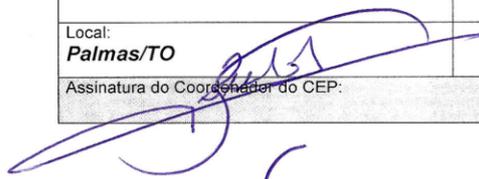
6 – Parecer Consubstanciado

Aprovado: X

Pendências:

Não aprovado

Aprovado e encaminhado para
à CONEP:**7 – Dados Pessoais do Coordenador do CEP-UFT**

Nome Completo: Prof. Dr. Aparecido Osdimir Bertolin	
Telefone(s):	Instituição: UFT
Local: Palmas/TO	
Assinatura do Coordenador do CEP: 	Data da reunião: 25/09/2009

Prof. Dr. Aparecido O. Bertolin
Presidente do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEP-UFT

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo de “Depressão, Ansiedade e Qualidade de Vida em mulheres em tratamento de Câncer de Mama”.

Eu discuti com o Dr. Nilo Coelho dos Santos Júnior, CRM 1209 – TO, médico do ambulatório de mastologia do Hospital Geral de Palmas, telefones para contato (63) 9994-4696 e 3218-7852, orientado pelo Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz, sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço. Esta pesquisa corresponde e atende às exigências éticas e científicas indicadas na Res. CNS 196/96 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Este termo de consentimento será guardado pelo pesquisador e, em nenhuma circunstância, ele será dado a conhecer a outra pessoa.

Assinatura da paciente ou representante legal

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Nilo Coelho dos Santos Júnior

Pesquisador

Data

ANEXO C – WHOQOL-*brief*

WHOQOL – ABREVIADO (Versão em Português) – Programa de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, Genebra.

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

1	Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

2	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito Nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Você está satisfeito (a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões a seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

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

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 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

A7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

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

D8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

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

A9) Eu tenho uma sensação ruim, de medo, como frio na barriga ou um aperto no estômago:

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

D10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

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

A11) Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

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

D12) Fico esperando animado 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 () Não sinto isso

A13) 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

D14) 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