



# Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC Faculdade de Medicina de Juiz de Fora - FAME JF

# QUALIDADE DE VIDA E FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER, EM JUIZ DE FORA – MG

Cláudia Inácio Carneiro Conrado Lanferini Frank Filipe Sartini Andrade Laís Balbi de Carvalho Leandro Gil dos Santos Mello Paula Valente da Silva Raiana Fortuna Cavaliere Rodrigo Fonseca Pereira

#### Orientador:

Prof. Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral

#### Co-orientadores:

Prof. Dr. Guillermo Patricio Ortega Jácome Profa. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo

Juiz de Fora Dezembro de 2011 Universidado Presidente Antônio Canos - UNIPAC Faculdade de Medicins de Jura de Fura – FAME JF

# QUALIDADH DE VIDA E PREQUÊNCIÁ PEPRESSÃO EM PAQIENTES DIAGNOSTI COM CÁNCER, EM JUIZ DE FORA - MG

Créunia Inacio Cameiro Corrado Larrigoni Frank Friipe Sadini Andrade Lais Baibi de Carveino Loandro Gil dos Sanios Mello Paula Valente da Silva Raiana Forbura Cavallera Rodrigo Emegna Pareiro

Crismauor Prot, Dr. Cutherne Henrique Pans du Amarel

Co-oriantadorect
Prof. Do Guifermo Hi tricio Cittaga Jócuma
Profa Mel Malháw, Echbosa do Espírio Santo

atisā eh and. Prog - o oniniese U

# 0 0 0

## QUALIDADE DE VIDA FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER, EM JUIZ DE FORA – MG

Cláudia Inácio Carneiro Conrado-Lanferini Frank Filipe Sartini Andrade Laís Balbi de Carvalho Leandro Gil dos Santos Mello Paula Valente da Silva Raiana Fortuna Cavaliere Rodrigo Fonseca Pereira

#### Orientador:

Prof. Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral

#### Co-orientadores:

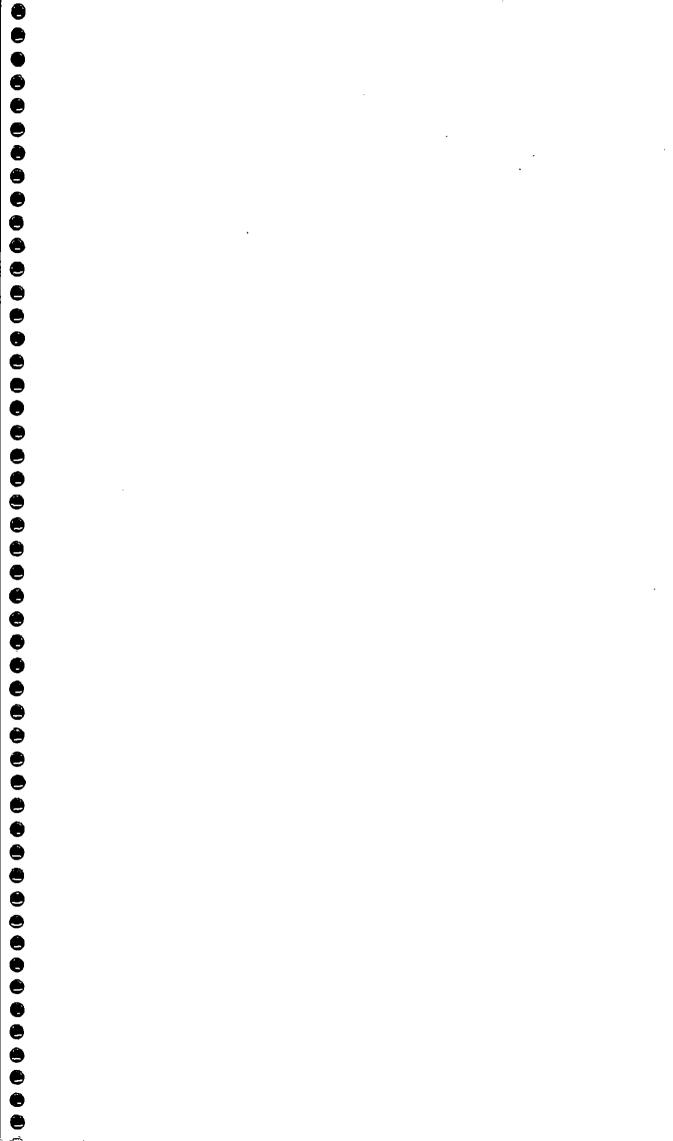
Prof. Dr. Guillermo Patricio Ortega Jácome Profa. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo

Trabalho apresentado à Disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, da Universidade Presidente Antônio Carlos.

Juiz de Fora Dezembro de 2011



Aos nossos pais, mestres e amigos pelo apoio incondicional durante o nosso período de formação e por acreditarem em nossos sonhos.



"Acreditar na medicina seria suprema loucura se não acreditar nela não fosse uma maior ainda, pois desse acumular de erros, com o tempo, resultaram algumas verdades." (Marcelo Proust)

• • 

•

4

.

٠

-

0

0

0

0

000000000

Temos grande prazer em externar nossa gratidão:

A Deus, por sempre iluminar e guiar nossos passos.

Aos queridos pais, exemplos de união e luta, agradecemos pela educação repleta de afeto, compressão e apoio sempre. Não há palavras para explicar tamanha gratidão e amor por vocês.

Aos familiares, pelas orações e incentivo.

Aos amigos, pelos momentos de descontração, de muitas risadas e histórias vividas.

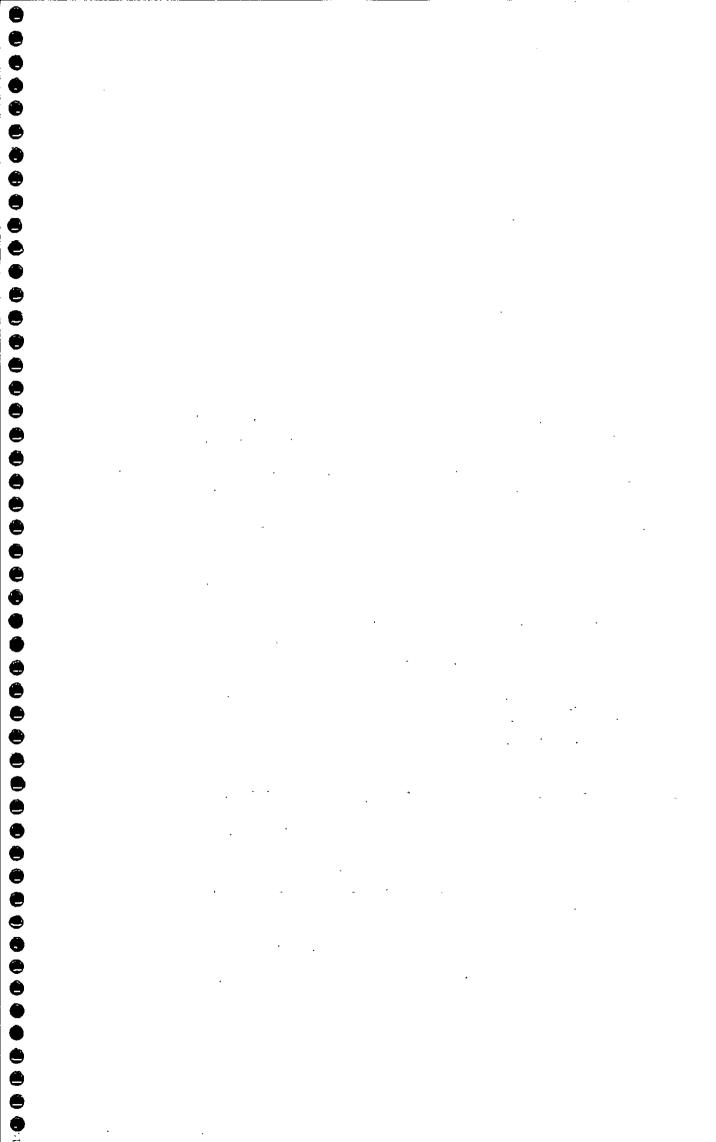
Ao\_nosso orientador Prof. Guilherme\_Henrique Faria\_do\_Amaral\_pelo incentivo, simpatia e presteza no auxílio às atividades e discussões sobre o andamento e normatização desta Monografia de Conclusão de Curso.

Especialmente os nossos co-orientadores Guillermo Patrício Ortega Jácome e Nathália Barbosa do Espírito Santo que pelo espírito inovador e empreendedor na tarefa de multiplicar seus conhecimentos contribuíram de forma decisiva para a realização deste trabalho, nos ensinando a importância do trabalho em grupo.

Aos pacientes que colaboraram para que esta pesquisa fosse contemplada, pela paciência e confiança sobre fatos de suma importância.

Aos demais idealizadores, coordenadores e funcionários da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, da UNIPAC.

Aos diretores, coordenadores e professores das Universidades de Juiz de Fora pelo carinho com que fomos recebidos em cada instituição.



.

.

· .

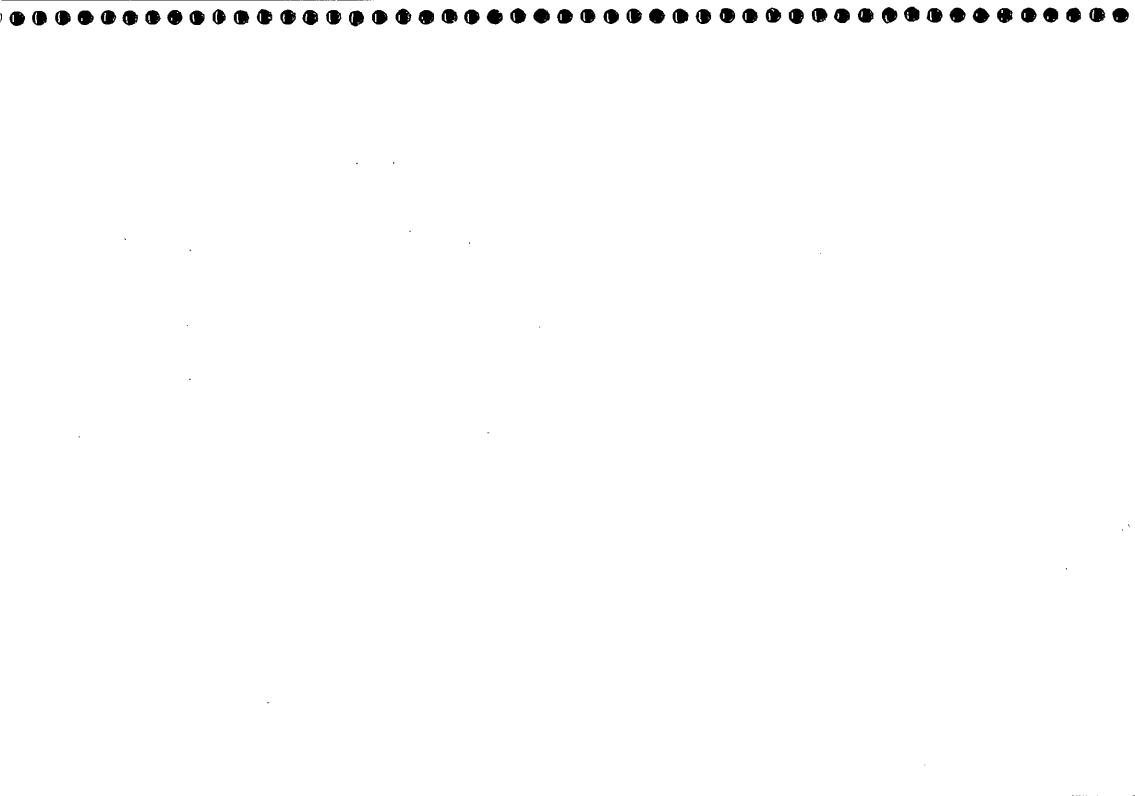
# SUMÁRIO

	Páginas
LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
RESUMO	iiiv
ABSTRACT	x
1-INTRODUÇÃO	1
2-JUSTIFICATIVA	4
3-OBJETIVOS	4
3.1 Geral	4
3.2 Específicos	4:-
4-MATERIAL E MÉTODOS	
5-RESULTADOS	6
6-DISCUSSÃO	16
7-CONCLUSÃO	21
B-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
9-ANEXOS	25
9.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
9.2 Questionário Sócio-econômico	
9.3 Questionário de Whoqol Abreviado	
9.3 Escala de Hamilton (24)	
9.4 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	
9.5 Carta de Autorização do Hospital ASCOMCER	
9.6 Folha de Rosto do Hospital ASCOMCER	
9.7 Carta de Autorização do Hospital Oncológico	
9.8 Folha de Rosto do Hospital Oncológico	

. . . \* +a -٠, ·. . . · · •

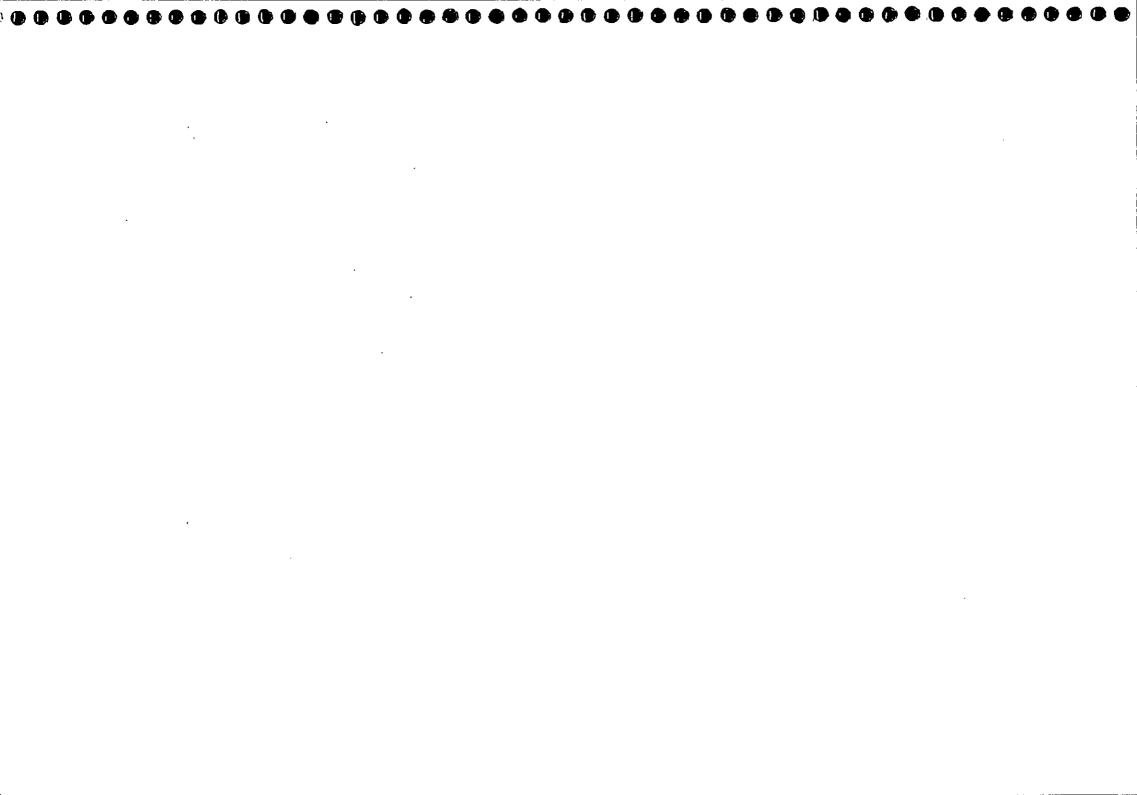
### LISTA DE TABELAS

TABELA	Páginas
TABELA 1 - Avaliação da relação do sexo com dados	8
sócio econômicos	
TABELA 2 - Avaliação do tipo de câncer, atendimento e	10
freqüência de depressão relacionada com hospitais.	
TABELA 3 - Avaliação da relação da idade com dados	11
sócio econômicos e freqüência de depressão	
TABELA 4 - Avaliação do nível de depressão (Hamilton	12
24) de acordo com dados sócio econômicos	
TABELA:5Avaliação:da.qualidade.de.vida.dos pacientes	14_
em relação aos dados sócio econômicos	
TABELA 6 – Avaliação da qualidade de vida dos	15
pacientes em relação aos dados sócio econômicos e	
hospital.	



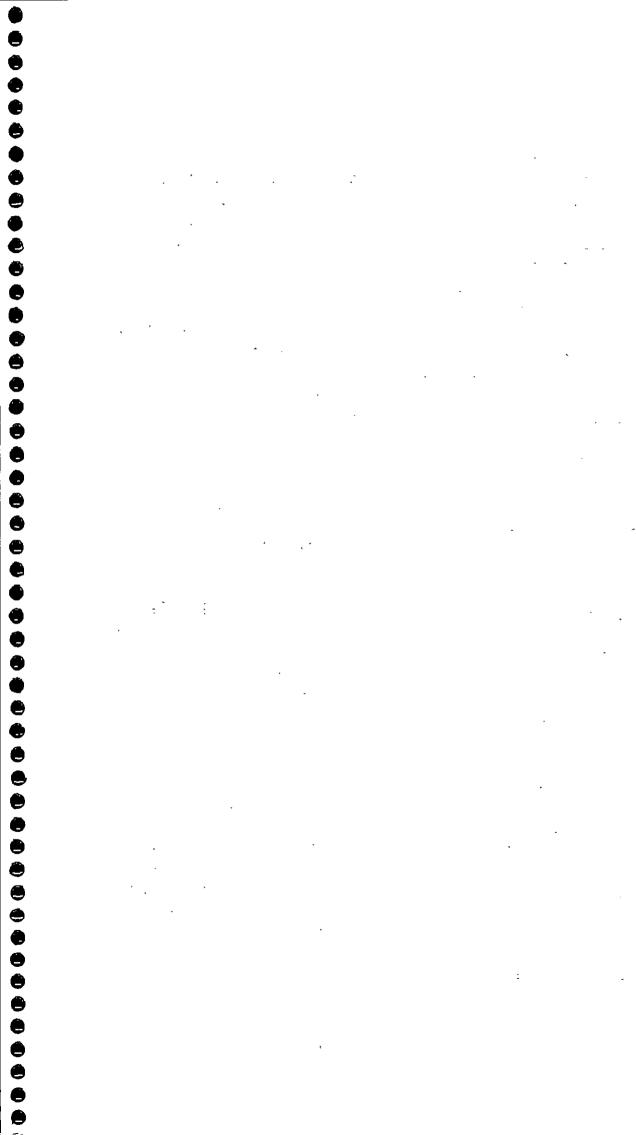
## LISTA DE FIGURAS

FIGURA	Páginas
FIGURA 1 – Número de pacientes relacionados ao sexo e	7
nospital.	
FIGURA 2 – Frequência dos tipos de câncer dos	7
pacientes avaliados.	
FIGURA 3 – Como os pacientes vêm o futuro.	9
FIGURA 4 – Causa do câncer segundo os pacientes.	9
FIGURA 5 – Frequência de depressão nos pacientes.	12
FIGURA 6 – Qualidade de vida nos pacientes com câncer.	14
FIGURA 7 Ideias:suicídas	16



#### **RESUMO**

Depressão é um transtorno afetivo de humor, caracterizado por alterações psíquica, orgânica e global, por um período mínimo de duas semanas, envolvendo episódios depressivos e pelo menos mais quatro dos seguintes sintomas: queixa de tristeza, desesperança, perca de prazer generalizado, perda de apetite, perturbações de sono, alterações psicomotoras, diminuição de energia, sentimento de desvalia ou culpa e pensamentos suicidas. Indivíduos com câncer, comparados com a população geral, tem risco aumentado para apresentar sintomas e transtornos depressivos persistentes. O diagnóstico de câncer confronta o sujeito com a questão do imponderável, da finitude e da morte. A qualidade de vida em pacientes com câncer é considerada um elemento fundamental para um bom prognóstico. Tendo em vista essa importância o presente trabalho teve como objetivo avaliar a -freqüência∞da≡depressão, a •qualidade⇔de vida e o ∙índice de suicídio em pacientes diagnosticados com câncer que frequentam o Instituto Oncológico, e Associação Feminina de Prevenção e Combate ao câncer (ASCOMCER) de junho a outubro de 2011, em Juiz de Fora, Minas Gerais. Os participantes responderam questionários: para avaliação do perfil socioeconômico, para avaliação da presença de sintomas de depressão Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) - versão adaptada de Blacker - 2000 e outro sobre qualidade de vida World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL) -Bref. Os dados foram armazenados no programa Access 2007, Microsoft Corporation, USA. Para análise estatística, foi utilizado o programa Epi Info (TM) 3.5.3, CDC, USA. Foram calculadas medidas de freqüência com intervalos de confiança de 95%. Foi utilizado o teste t de Student para comparar variáveis contínuas e o teste de qui quadrado para variáveis categóricas. Foi fixado em 0,05 ou 5% o nível de rejeição para hipótese de nulidade: O trabalho foi=aprovado pelo-Comitê de Ética em Pesquisa, do-Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - MG, protocolo número 034/2011 no dia 21 de junho de 2011. Foram entrevistados 330 pacientes, dos quais a maior parte é do sexo feminino e da faixa etária de 41 a 65 anos. Na avaliação sobre depressão foi verificado ausência em 45,5% dos pacientes entrevistados, depressão leve em 39,1%, moderada em 10,0% e grave em 5,5%. Foi constatado ausência desta em maior proporção nos pacientes do sexo feminino, na idade de 41 -65 anos. Na avaliação da qualidade de vida, observou-se que não houve diferença significativa quando comparados sexo, idade e naturalidade em relação a aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Por outro lado, em relação a raça, ao local de atendimento, ao nível de escolaridade e aos hospitais houve diferença importante. Ao avaliar suicídio, podemos perceber que, 2,1% dos entrevistados desejariam estar mortos ou pensam na probabilidade de sua própria morte, 0,9% possuem idéias ou gestos suicidas e 1,5% já tentaram suicídio. Existe um forte nexo



. . -. .

.

. ; . entre depressão e qualidade de vida, o que é um aspecto inquestionável, entretanto, os fatores causa e efeito ainda se sobrepõem, o que permite conjecturar que uma baixa qualidade de vida corrobore para maiores índices de depressão e ou agravamento dessa e vice-versa

Palavras chave: Câncer; Depressão; Qualidade de vida.



#### **ABSTRACT**

Depression is an affective mood disorder characterized by mental changes, organic and global, for a minimum period of two weeks, involving depressive episodes and at least four of the following symptoms: complaints of sadness, hopelessness, loss of pleasure generalized loss of appetite, sleep decreased psychomotor changes, energy, feelings disturbance. worthlessness or guilt and suicidal thoughts. People with cancer compared with the general population, are at increased risk for depressive symptoms and persistent. The diagnosis of cancer confronts the subject with the question of the imponderable, of finitude and death. The quality of life in cancer patients is considered a key element to a good prognosis. Given this importance of this work was to evaluate the frequency of depression, quality of life and the suicide rate in patients diagnosed with cancer attending the Oncology Institute, and -Women's-Association-for-the-Prevention-and Combating-cancer (ASCOMCER) from June to October 2011 in Juiz de Fora, Minas Gerais. The participants answered questionnaires to assess the socioeconomic profile to evaluate the symptoms of depression, Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) adapted version of Blacker - 2000, another about quality of life World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL). The data were stored in Access 2007, Microsoft Corporation, USA. Statistical analysis was performed using the statistical program Epi Info (TM) 3.5.3, CDC, USA. Frequency measures were calculated at intervals of 95%. We used the Student's t test to compare continuous variables and chi-square test for categorical variables. Was 0.05 or 5% the rejection level for null hypothesis. This study was approved by the Ethics Research, of the Hospital Santa Casa de Misericordia de Juiz de Fora -MG, protocol number 034/2011 on June 21, 2011. We interviewed 330 patients. of whom the majority are female and aged 41 to 65 years. In the assessment of -depression=was=found-absent-in-45.5%-of-patients-interviewed, 39:1%-in-lowdepression, moderate in 10.0% and severe in 5.5%. It was noted the absence of a greater extent in female patients, aged 41 -65 years. . In evaluating the quality of life, it was observed that there was no significant difference regarding sex, age and birth in relation to physical, psychological, social and environmental. On the other hand, in relation to race, place of service, level of education and hospitals the difference was important. When evaluating suicide, we can see that 2.1% of respondents would like to be dead or think about the probability of their own death, 0.9% have suicidal thoughts or gestures, and 1.5% have attempted suicide. . There is a strong link between depression and quality of life, an aspect which is unquestionable, however, the factors cause and effect still overlap, which allows to conjecture that a lower quality of life contribute to higher levels of depression or worsening of this and vice-verse.

Key-words: Câncer; Depression; Quality of life.



#### 1- INTRODUÇÃO

Indivíduos com câncer e outras condições médicas graves, comparados com a população geral, têm risco aumentado para apresentar sintomas e transtornos depressivos persistentes (Raisonet al., 2003).

Pacientes e famílias que enfrentam um diagnóstico de câncer experimentarão diferentes níveis de estresse e distúrbios emocionais (Watson et al.,2006). O medo da morte, a interrupção dos planos de vida, mudanças na imagem corporal e autoestima, mudanças no papel social e estilo de vida e as preocupações financeiras e legais são questões importantes na vida de qualquer pessoa com câncer (Grovet al., 2005).

Câncer é uma doença que se caracteriza pelo crescimento desordenado de células, invadindo tecidos e órgãos. Elas multiplicam-se rápido e tendem a ser agressivas e incontroláveis, formando assim tumores malignos que se disseminam por todo o organismo. Ele possui causas variadas: externas (meio ambiente e hábitos ou costumes próprios da sociedade) e internas (geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade que o organismo tem de se defender das agressões externas) ou inter-relacionadas. Hoje o câncer pode ser considerado um problema de saúde pública, pois ocupa o terceiro lugar em causa *mortis*, e o segundo por doença (INCA, 2010).

Dados do Instituto Nacional do Câncer apresentam uma síntese das estimativas de incidência dos tipos de câncer de maior magnitude, no ano de 2010. No câncer de mama, o risco estimado foi de 49 casos para cada 100 mil mulheres, no câncer de pulmão foi de 18 casos novos a cada 100 mil homens e 10 para cada 100 mil mulheres, o câncer de estômago foi de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 8 para cada 100 mil mulheres, o câncer de colo de útero foi de 18 casos para cada 100 mil mulheres, o câncer de próstata foi de 54 casos novos a cada 100 mil homens, o câncer de cólon e reto foi de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres, e o câncer de pele que foi de 56 casos a cada 100 mil homens e 61 para cada 100 mil mulheres.

#### 1- INTROVUCÃO

Individuos com cancer e outras condições médicas graves, comparados com a população geral. Iêm risco aumentado para apresentar sintemas e transformos depressivos paraistentes (Raisonat al., 2003).

:

Pacientas e familios que entrentam um diagnostico de câmber experimentarão diferentes nivers do estrence e diatúrbios e nocionais (Warson et al. 2000). O medo de mode, a interrupção dos planos de vida, mudanças ne magem corporar e autoestima, mudanças no pepei, social e estito de vida e as preocupações (manceiras o fegais são questôns importantes na vide de qualquer pessoa com ofincer (Grovet al. 2006).

Cáncer e uma doança que caracterza pelo presimento desortenado de unitiplicar, se tápido e fecuera o ser agresas as a incontrávera, tonnando assimitumores maliquido que se disseminam por todo o organismo. Ela pos ul causas venadas, exismes úneio ambiente a trábitue ou costumes proprios da sociedade) e internes (geneticamente pre-determinadas, astão ligadas à oupacidade que o organismo tero de se delender dos agrasañas externas) ou interrelacionadas. Hoje o câncer pode ser considerado um proclema de serina pública, pois ocupa o carefro lugar em causa mortas, e o segundo par doança (INCA, 2010).

Dados do instituto Mamonar do Cânder aprecuntam uma sinteso das estimativas de incidencia dos tipos de cânder de nicior magnitude, no ano de 2010. No cândor de mame, o risco estimado foi de 49 casos pera cada 100 mil nomens e moiteures, no cânder de pulmão foi de 18 cados novos a cada 100 mil nomens e 10 para cada 100 mil numberes, o cunder de estémago foi de 14 casos novos e cada 100 mil homens e 8 pora cada 100 mil mulheres, o cânder de préstate foi de ucora foi de 16 cados pera cada 100 mil mulheres, o cânder de préstate foi de 56 cados pera cada 100 mil homens e 16 para de cólon e reto foi de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 16 para de cólon e reto foi de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 16 para de colon e reto foi de 16 cânder de pale que foi de 56 casos sicas novos a cada 100 mil homens e 31 para cado 100 mil mulheres.

O diagnóstico de câncer confronta o sujeito com a questão do imponderável, da finitude e da morte. Como toda doença potencialmente letal traz a perda do corpo saudável, da sensação de invulnerabilidade e de perda do domínio sobre a própria vida.

Existem cinco estágios caracterizados por atitudes específicas do paciente diante da morte ao receber o diagnóstico de um câncer terminal. 1-choque e negação ocorrem quando o paciente toma conhecimento de que está próximo da morte e se recusa a aceitar o diagnóstico; 2- raiva ocorre quando os pacientes se sentem frustrados, irritados ou com raiva pelo fato de estarem doentes, passando a descarregar esses sentimentos na equipe médica; 3-barganha ocorre quando o paciente tenta negociar sua cura com a equipe médica, com os amigos e até com forças divinas, em troca de promessas e sacrifícios; 4- depressão o paciente apresenta sinais típicos da depressão, como desesperança, ideação suicida, retraimento, retardo psicomotor, enquanto reação aos efeitos que a doença opera sobre seu corpo ou como antecipação à possibilidade de perda real da própria vida; 5- aceitação ocorre quando o paciente percebe que a morte é inevitável e aceita tal experiência como universal (Kubler-Ross, 1994).

Depressão é um transtorno afetivo de humor, caracterizado por alteração psíquica e orgânica e global, por um período mínimo de duas semanas, envolvendo episódios depressivos e pelo menos mais quatro dos seguintes sintomas: queixa de tristeza, desesperança, perda de prazer generalizado, perda de apetite, perturbações de sono, alterações psicomotoras, diminuição de energia, sentimento de desvalia ou culpa e pensamentos suicidas (OMS, 1993). Ocorre entre 1,5 % a 57,0 % dos doentes com câncer e pode acometer o paciente em qualquer fase da doença (Massie, 2004; Trask, 2004).

A depressão aumenta o uso de serviços de saúde mental, intervindo negativamente com a adesão aos tratamentos do câncer e com a qualidade de vida dos pacientes (Baummeisteret al., 2005). A identificação precoce e o adequado tratamento são imprescindíveis no grupo de pacientes portadores

ो एविकाविक्तिर के एक एक एक एका कार्याक्षक व अव्विक्षण काम क व्यक्तिस्थित के imponderaves, de finànde e da morte. Como toda doença poter clalmente letal trad a perde do chrpo satioàvel, de tensação de invulnerabilidade e de perce de dominio sobre e própina vida.

paoistra diante da niorie ao recebo, o d'agrinastro de um cancer terminal. 1 cuigque e negogia ouoment nuando o baciente forma connectinanto de que está próximo da morte a se recusa a aceltar o diagnústico. 2- ratva ecorre quando os pacientes se sentem musicados, indiados ou com ratva palo fato de estacem de curas, passondo a descerregar escar sentimentas no equipo médica; 3-barganha ocorro quando o paciente taria nacionar da promessas e médica, com os amique a até com rerçue diminas, em troca de promessas e santímos; 4- depressão o paciente apres em aneia típicos da dopressão, como desesperánça, ideação autoloa, refraimento, reterro oscombio, emquanto reação aos efeitos que a doença opera nobre seu coços ou como antecipação à poosibilidade de perde real da probria vida, 6 cuellação coorre oudondo o paciente percebe que e morte é mevidavel a acelta tal exopriência oudondo o paciente percebe que e morte é mevidavel a acelta tal exopriência como universal (Aubleu-Rasa) (Aubleu-Rasa)

Doprossão à um transformo afecavo de humor, caractenzado por altercoão psíquios e organica e glucal, por um período infulmo do duac seriamas, envolvando episódido depiesavos e pato menos mais quairo dos ragantes eliforasa; queixa de tratissa, desesperença parda de prazer generalizado, perda de aprilha, norterboções de sento, afieracias psicomotoras, diminispán do chargia, sontimente de acaballa do culos e persamentos suicidas (CMS, 1933). Ocorre natro 1,0 % a 67,0 % dos dosnies com cáncer e podo ano interco j acienta em qualque face da poença (Massie, 2004; Trasi-podo acom tratico j acienta em qualque face da poença (Massie, 2004; Trasi-

A depressão acmisale o mo de se viços de sadde mental, intervindo engaviamente com a qualidade de vida dos pacientes (Baunanciaises e a Zudó). A identificação preçoce e o adequado instanento são impresenciveis or grupo de pacientes portarionas

**8** 

•

•

desta patologia, interferindo na qualidade de vida destes, pois ela relacionado a patologias menos agressivas (Pasquiniet al., 2006).

Avaliação da depressão em pessoas com câncer deve incluir a análise cuidadosa dos sintomas, tratamento dos efeitos, os resultados laboratoriais de dados, o estado físico e o estado mental. Embora a etiologia da depressão seja em grande parte desconhecida, muitos fatores de risco para a mesma são conhecidos (Paiceet al., 2002; Leeuw, 2001).

A resposta inicial de um paciente a um diagnóstico de câncer pode se estender por váriosdias a semanas, e podem incluir sentimentos de incredulidade, negação ou desespero. Esta resposta é parte de umespectro de sintomas depressivos que vão desde a tristeza à depressão do transtorno de ajustamento dohumor para uma depressão maior (Block et al., 2000). Por outro lado, esta pode começar como um período disfóricomarcado por uma crescente agitação, neste caso o indivíduo vai experimentar distúrbios do sono, do apetite, ansiedade e medo sobre o futuro (Spencer et al., 1998).

Pacientes com câncer podem apresentar ideação suicída na ocasião do diagnóstico(10%) e na recorrência(14%). Os fatores de risco para o suícidio em pacientes oncológicos encontram-se entre, um episódio depressivo, dor não controlada, doença maligna avançada com prognóstico reservado, diagnóstico concomitante de depressão, neoplasia de cabeça e pescoço, sexo masculino, presença de delírio e sensação de perda de controle, fadiga e exaustão (Fawzyet al., 1996). Tradicionalmente, a eficácia terapêutica é avaliada, em pesquisa oncológica, por parâmetros biomédicos, como diminuição do tumor, intervalo livre de doença e toxicidade. Mas os resultados do tratamento do câncer precisam também ser medidos em termos do que ele traz de limitações físicas e psicológicas ao paciente. Daí, a necessidade de se estabelecer o impacto da doença, e do seu tratamento, sobre a qualidade de vida do doente. Desde que se reconheceu essa necessidade, sobrevida e qualidade de vida passaram a ser os dois principais objetivos do tratamento do câncer (Jacob Kligerman, 1999).

A qualidade de vida é a perspectiva do indivíduo em relação aos seus objetivos, suas satisfações e preocupações, levando em conta o seu contexto

desta patología, interfetindo na qualidade de vide destos, pote ela relacionado a patologías menos agressivas (Pasquiniet al., 2005).

Avaliação do depressão em passoas com câncer deve incluir a análise cuidadosa dos aintemas, tratamento dos afeitos, os resultados laporatoriais de dados, o estado físico e o estado niental. Embora a etiologia da decreasão seja em grande porte desconhecido, muitos fatires de risco para a masma são conhecidos (Paicent at., 2002, Leaux, 2001).

E resposta inicial de um pariente a um magnóstico de câncer pode se astander por vénosdiss e semanas, e podem inciún nentimentos de incredulidade, negação ou deseapem Esm taspose é parto de umospectro de aintomas depresarios que vão desde e tristeza à depresado do trenstomo de ajustamento dohumor para uma depresado maior (Block et al., 2009). Por cubo serio, esta poda começar como um período distóricomercado por uma descente agitação, neste caso o individuo vai experimentar distúrbios do sono, do apetido, ansiedede e medo sobre o futuro (Spencer et al., 1998).

Pacientes com concer podern apresentar ideação suicida na noste o de diagnóstico (10%) o na recomência (14%). Os fatores de risco para o autoidio em pacientes onculogicos encontram-se entre, um apisódio depressivo, dor não controlada ideança maligna avançoda com prognóstico reservado, diagnóstico concumitante de debressão, reoptasta de cabeça e pescoço, sexo masculno, unaconfitante de debressão, reoptasta de cabeça e pescoço, sexo masculno, unaconfita de unido e sensação de peda de controle, fudiga e exaustão (Faways) at, 1096). Tradicionalmante, a cincárdo terrapôutica é avaliada, em pescrutra encológica, por perámetros biomédicos, como diminirição do rumos, nestrato fivre de doença e toxicidade. Mas os resultados do tratamento do câncer precisam também ser medidos em ientros do que ele tiem la limitações discoes precisam também ser medidos em ientros do que ele tiem la limitações fisicas e paticiógues ao padiente. Dallo o nacessidade de vida ob deeme, fisicas e reconheceu essa necessidade, sobrevida e qualidade de vida pacesaram a ser os dois principais objetivos no tratamento do câncer (Jacob pacesaram a ser os dois principais objetivos no tratamento do câncer (Jacob Ridgerman, 1999).

A qualidade de vida é a perspectiva do individuo em relação aos seus objetivos, suas selisfeções e preocupações, levando em coma o seu contexto

cultural e o meio em que vive. Sendo assim, é um conceito amplo e subjetivo, o qual tem sido responsável pelo progresso das possibilidades terapêuticas e pela melhoria do prognóstico de diversos tipos de câncer (Lima et al., 2009). A qualidade de vida precisa suprir as necessidades humanas integrais, em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Oncoguia, 2010).

O sucesso dessa busca depende, antes de tudo, da vontade e do comprometimento com a ação por parte de cada um. A qualidade de vida está presente, quando cada um se volta para a busca de novos caminhos para uma vida mais saudável em todos os aspectos e assume, com responsabilidade, que o momento atual é o mais importante porque irá delinear novas condições futuras de vida.

#### 2- JUSTIFICATIVA

É de grande importância compreender aspectos da situação psicológica e a frequência de depressão em pacientes com câncer, já que esta situação influi na qualidade de vida, no prognóstico, aceitação e resposta adequada ao tratamento.

#### 3- OBJETIVOS

#### 3.1 Geral

Verificar a frequência da depressão em pacientes diagnosticados com câncer.

#### 3.2 Específicos

- 3.2.1Avaliar a qualidade de vida em pacientes após o diagnóstico de câncer.
  - 3.2.2 Verificar o índice de suicídio nestes pacientes.
- 3.2.3 Constatar o acometimento de depressão em sexo, raça e idades diferentes.

١,, O qualiforie de vida prouse eqpir se necessidades intronae integrale, em sous A .(9908, "is le aidil) le d'ên ab appraventable de coltabogoig op shortlem stag Lovinojdus e clains plieurop inn sumices chaed lovik sup me ciem o e lentino esolidades especial especial pelo propiesso des possibilidades temperaturas . 10703 BIUGUMO) eicuceides e abicha codipólocian, accidir edipolocian

1,,

ceópliano asvon respileb sir suproc shranopa visira o à leute carantori o sup vida nuala saudaval en trobs na popertius e asauma, nom resconsabilidada, biesabile" diguique mon ac Acit de con a prisos que un vez caujujue baia mus suap stay street on a space you pake street and classification of the mission of the same HUCKES GE VICE.

O sucesso dosse busing deponder antes do trato de vontede

# ANTACHTEEL S

de aleupada electror de vida, no programmos aceitarão e rosposta adaquada en olüpeutis esse siip èi reomno enop aakkishnik me olisaanken kib eenkuppeli e s scigólicaled oxigentes ab subbagas rabidentes paraphitumes en atendados paraphitas de subbagas en S

# OCHURUCA A

STORESS !

moo sobsetsongsia seteisay me usazenyeu sio sianeupeni se esittev STA COME

sh coireóngaile e aga eoinaíosg ma sein ab céaltiliage a taitsvAf.S.S

HOUSE DEADLE STA

3.2.3 Constatat o accineáración de dopresado ecumentat o asteriorio. a 8 % Verificar o índica de solbri) o recilire V s s

depletase.

O

Q

Durante o período de junho a outubro de 2011 foi realizado um estudo transversal em pacientes diagnosticados com câncer que frequentam o Hospital Oncológico e ASCOMCER (Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer)em Juiz de Fora, Minas Gerais.

Os participantes responderam questionários para avaliação do perfil socioeconômico, um para avaliação da presença de sintomas de depressão *Hamilton Rating Scale for Depression*(HAM-D) – versão adaptada de Blacker – 2000, outro sobre qualidade de vida *World Health Organization's Quality of Life* (WHOQOL).

O questionário socioeconômico foi desenvolvido pelo grupo. Este contém perguntas com intuito de avaliar características individuais dos participantes, como idade, sexo, etnia e nível de escolaridade, além de especificar o tipo de câncer.

A Escala HAM-D avalia o Humor Deprimido, Sentimento de Culpa, Suicídio, Insônia Inicial, Insônia Intermediária, Insônia Terminal, Trabalho, Atividades, Retardo, Agitação, Ansiedade Psíquica, Ansiedade Somática, Sintomas Somáticos, Sintomas Genitais, Hipocondria, Perda de Peso, Crítica.

Os itens foram avaliados de acordo com a intensidade e a frequência dentro de um período determinado de dias. Foram pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4 com uma pontuação variando de 0 a 80 para versão de 24 itens. Pontuações totais de 7 ou menos podem ser consideradas normais; entre 8 e 17 indicam depressão leve; entre 18 a 24, depressão moderada e de 25ou acima, depressão grave (Hamilton, 1960)

O WHOQOL - Bref -World Health Organization's Quality of Life abreviado é um instrumento psicométrico simplificado, criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação de qualidade de vida a partir da versão original WHOQOL - 100. É autoexplicativo e aborda como o indivíduo se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida nas duas últimas semanas. Consiste em vinte e seis (26) perguntas referentes a quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio - ambiente. Cada um dos

#### AUDOMOGRAM.L

Durante o partedo de junho a puribro de 2011 foi realizado um estudo imas versal em partentes diagnos tidados com cáncar que frequentam o Hospital Cucológico a ASCONOFR (Associação Feminina de Prevencao e Junhoste do Cando) imada de Pora Mitas Cerato

Os padicipantes responderam que-ticnérios pars avaltação do perit socrosconomico um para availação da presença de enformas de depressão Herritor Herring Scale for DoprescionInAM-D) - versão adaptada de Blacker - 2000 maro sobre cueridade de vida World Insolin Organization's Quality of Life (WHOOLL)

O unestionéric sociuedencimico foi desenvolvido pelo grupo, Este contém perquentes uons interior de aveillar paraclarés escribir de avoid da especificar o fibre de como idade, sexo, ainia o fivel de esociardade, arém de aspecificar o fibre de uenco.

A Escala HAM-F avera o humor Deprimido, Sentimento de Culpa, Suicidio fraccia fotosi, Insolite Informational, Insolite Insolite Paguata, Arsiedade Sonárica, Aristodade Sonárica, Sintonios Sintonios Cantas, Hipogradido Peda de Peso, Oritica.

Os irens recent avaliados de acordo com a intensidade a a frequência estudo os um perindo detencimeno de dies. Foram pontuados de 0 a 2 ou de 2 ou de

O WHOQOL Bert-World Health Organization's Cuality of Life abreviado à una instrumenta perconértico simplificado, caedo pela Organização Mundial do Saúdo (OMS) para evaliação do quelidade de vida e pertir do versão o rginal VP-COOL - 100 É autopartiral to a aborda como o individuo se sente a reapero de que oubidade de vido, saude o quima areas de qua vida nas aues didima a permanas. Consista em vinto e vais (26) perguntas referentes e quetro dornimos: fibrio, par vido, referênce de um dos dornimos: fibrio, par vido, referênce em unto e vais (26) perguntas referentes e quetro dornimos: fibrio, par vido, referênce em unto e vais (26) perguntas referentes e quetro dornimos: fibrio, par vido, referênce em unto e vais (26) perguntas referentes e quetro dornimos: fibrio, par vido, referênce em unto e muito - ambientes de quetro dornimos: fibrio, par vido, referênce em unto e muito - ambientes de que dos dornimos: fibrio, par vido, referênce em unto e vido em unto e ambientes de que do continuo en contrato en contrato

domínios do instrumento identifica um foco particular de atenção à QV dos indivíduos. O documento original é composto por 24 facetas específicas que contêm quatro questões cada uma, neste documento abreviado cada uma das 24 facetas deveria ser representado por apenas uma questão. No Brasil os instrumentos WHOQOL - 100 e WHOQOL - bref foram traduzidos e validados para o português, por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Fleck et al., 2000; Fleck et al., 1999).

A amostragem foi estimada com um nível de significância de 95%, uma frequência esperada do fator em estudo de 25,0% e um erro tolerável de 5,0%. Para uma população de aproximadamente 700 pessoas, o tamanho da amostra necessária foi de aproximadamente 204 pessoas.

Os dados foram armazenados no programa Access 2007, Microsoft ® Corporation, USA. Para a análise estatística, foi utilizado o programa estatístico Epi Info (TM) 3.5.3, CDC, USA. Foram calculadas medidas de frequência com intervalos de confiança de 95%. Foi utilizado o teste t de Student para compararem variáveis continuas e o teste de qui quadrado para variáveis categóricas. Foi fixado em 0,05 ou 5% o nível de rejeição para a hipótese de nulidade.

Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram mantidos em absoluto sigilo e de forma alguma será divulgada a identificação dos pacientes.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora – MG, protocolo número 034/2011 no dia 21 de junho de 2011.

#### 5 - RESULTADOS

Foram entrevistados 330 pacientes, dos quais a maior parte é do sexo feminino, representando 54,5% da amostra (Gráfico 1). Destes a maioria situase na faixa etária de 41 a 65 anos. Sendo que 35,2% dos pacientes são moradores da cidade de Juiz de Fora, 73,6% são católicos, 32,1% são brancos,

donneios do instrumento identifica um foco paraccilar de atanção à QV dos intrividuos. O documente original é composad por 24 facetas específicas que contêm quatro questões cada uma, maste documento abreviado cada uma uas 24 facetas devana ser representado por apenas uma questão. No Bristi os instrumentos WHOOCL - 100 e WHOOCL - bref loram traduzidos e validados para o português, por um grupo de pasquisadmes de Universidade Federal do Rio Grande do Sui (Flack et al., 2000; Flack et al., 1999).

A amostragem foi estimada com um nivel de significâncis de 65%, ema frequência esperada do fator em estudo de 25.0% e um erro tolerável de 5,0%. Para uma populoção de aproximadamente 706 pessoas, o tamenho da amostra necossária foi de eproximadamente 204 pessoas.

Os dados foram armazenados no programa Access 2007, Microsoft & Corporation, USA. Para a análise estatíatus for utilizado o programa estatístico ápi Info (TM) 3 5.3, CDC. USA. Foram carculadas medidas de frequência com intervalos de conflança de 96%. For utilizado o taste / de Curtant para compararem veriaveis confinuas e o feste de qui quadrado para variáveis calegóricas. Foi fixado em 0,05 ou 5% o nível de rejeição para a hipótese de nulidade.

Todos de padientes ascinaram um Terros de Consentmento Usiro e Esclarecido. Os dados foram mantidos am absolute siglic e de forma alguma - sara divulgado a identificação em padientes

O prosante trabatio foi oprovado pelo Corrué de Ética en Pesquisa, de Hespital Santa Casa de Maconcordia de Juit, de Tora - MO, protocolo número 004/2011 no dia 21 de junho de 2011.

#### R - RESULTADOS

۰

**e** 

•

•

**e** 

۰

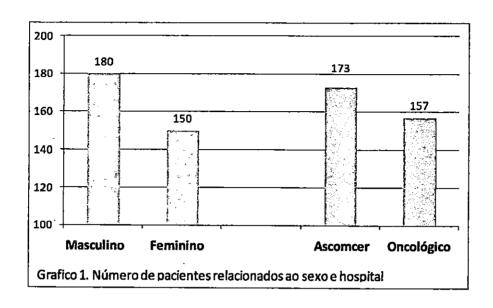
9

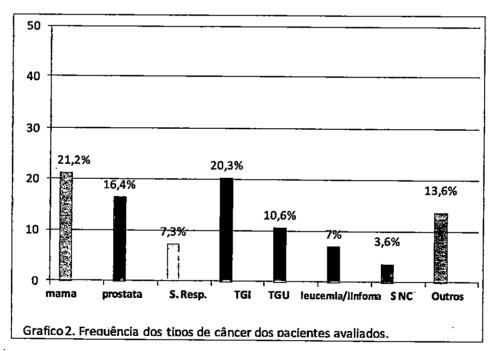
۹

Foram entrovidados 200 escientes, dos quais a major parte é de savo feminino, representando 54.6% da arcostra (Ocórico I). Destas a majore situa-se na fatxa etána de 41 a 85 anos. Sendo qua 33,7% dos pomentes seo morradores da cidade de Juiz de Fora. 78.6% são católicos, 32,1% são premites.

57,9% são casados, 16,7% são solteiros, 9,7% são divorciados e 15,8% são viúvos. Os pacientes foram abordados 20,6% ambulatorial, 38,8% enfermaria e 40,6% controle (Tabela 1).

•





Na avaliação de escolaridade, 63,3% dos pacientes apresentavam ensino médio incompleto e 8,2% analfabetos (Tabela 1). Em relação a habitação 88,8% são da região urbana. Em 53,6% dos entrevistados, história familiar foi positiva para câncer. Em relação aos tipos de câncer, os mais frequentes foram os de mama (21,3%), trato gastrintestinal (20,3%) e próstata (16,4%) (Tabela 2, Gráfico 2).

57 aM são casados, 18,7% são solicinos (9.7% são or cerindes e 15,8% são videos. Os pacientes foram abordades 26.6% architatodas % 8% antermeria e 40.8% controle (Tabola 1).

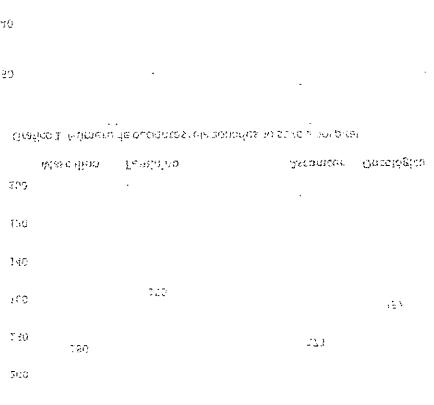


Grafico 2, Frequência dos tibos de cercias da macieras sivaljudos.

•

Ha avaliação de eccolaridade, 3t.3% dos pacientes apresantavam ensino médio incumpleto e 8,2% pratitudatos (Tabeta 1). Em magão e habiteção 38,9% des de região urbana. Em 53,6% des entrevistados históris familiar foi postova pare cancer. Em releção aos tipos de cóncer, os mais frequentes foram os de mana (21,4%), trato gastrintestinal (20,3%) a prostata (10,4%) (Tabeta 2, Giáfico 2).

Tabela 1 - Avaliação da relação do sexo com dados sócio econômicos.

•			Sexo				-
	Mase	culino	Fem	inino	To	otal	
	n	%	n	%	n	%	p-valor
Idade							
<40	5	3,3	20	11,1	25	7,6	
41 - 65	85	56,7	114	63,3	199	60,3	
>65	60	40,0	46	25,6	106	32,1	0,002
Total	150	100,0	180	100,0	330	100,0	
Raça							
Branco	78	52	94	52,2	172	52,1	
Não brancos	72	48	86	47,8	158	47,9	0,528
Naturalidade							
Juiz de Fora	48	32,0	68	37,8	116	35,2	
MG	93	62,0	100	55,6	193	58,5	
Fora de MG	9	6,0	12	6,7	21	6,4	0,493
Escolaridade							
Ensino Médio	25	16,7	32	17,8	57	17,3	
Ensino Médio Imcompleto	94	62,7	115	63,9	209	63,3	
Ensino Superior Completo	13	8,7	19	10,6	32	9,7	
Ensino Superior Cursando	3	2,0	2	1,1	5	1,5	•
Analfabeto	15	10,0	12	6,7	27	8,2	0,751

Ao serem questionados, 65,8 negam que perderam o prazer pelas coisas que faziam antes de receberem o diagnóstico de câncer. Em 73,0% não apresentam dor incontrolável. Em 40,9% foi verificado presença de fraqueza para realização das suas atividades diárias. Ao interrogar sobre qualidade do sono, 66,4% alegaram dormir bem. Na avaliação do apetite, 60,9% dos pacientes apresentaram preservados, 36,1% diminuído e 3% aumentado. Os pacientes referiram ter perdido peso em 62,4% dos casos, 22,7% ganharam e 14,8% mantiveram.

Foram realizadas diversas perguntas subjetivas, 79,7% alegaram estar lidando bem com o câncer, 38,8% afirmaram chorar com frequência, e um número importante (83,6%) afirmaram possuir uma visão esperançosa sobre o futuro (Gráfico 3). Ao perguntar aos pacientes sobre a percepção deles sobre a possível causa do câncer 61,2% disseram não saber, 7,9% considera ser uma

2٠.
Francisco.
-
**
i
4
C
AND THE PROPERTY OF THE PROPER
3
Ų,
, -
₹.
,
4.5
Ξ.
11.00
, 10 to 10
1.00 (200)
275.0 (5.02)
The State of the respection of
The Control of the many of the distriction
Control of the contro
The State of the record of the decidence
The State of the record of the desirence
The South Catholic Applies to the Southern Co.

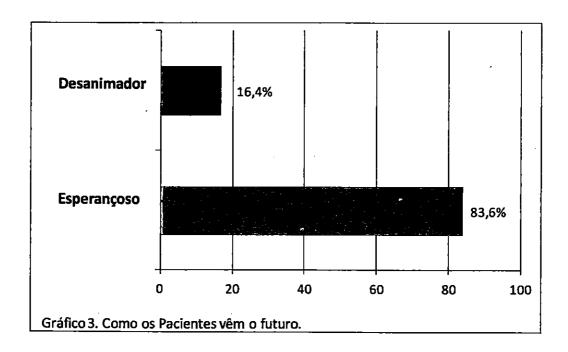
	Ţ	1951	Ë	Femilies	CARREAL	24.6A.E	
10.5, 4	<u>Ş</u> ÷,	11	τ.	NZ.	۲,	¢.i	
							Dane
	رد. دون	<b>13</b>	بدية فيرة فيرة إنسا	Ş	to Hi	עו	3
	E013	ğ	335		ĊŢ,	113	\$7 E2
603	رين زخي سد	(G)	22.0	å.	Ю́0	B	卷
	[B]	ij.	2000	S	1180	<u></u>	7.80
							1
	ez e			Ħ	2:	Ŀ	กรณราส์
0778	a S	ž,	15° (50° )	æ	模	par (	V20216 0574
							Section Sectio
	(U (1) (1)	퍞	130	(C) (A)	37	12.	CHE CS FOR
	(A) (A) (B)	3	196	er Er	P.C.	Ž.	8
S.433	୍କ ନ	ş °	e 25 Jun	7	ro ca	ប់៖	ાનાટલ પ્રસ્
							779
	ET Les	Į.	Ü	1, m3	Tel L	ř.	のは特別の場合
	22	( <u>§</u>	G <sub>v</sub>	- 5	131	Y	English Siedag Installations
	۲ <u>۲</u> است	낸	E 10	č.	93 <u>.</u>	댔	10 2 4 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10
	£	<i>1</i> ,2,1		. :	0,5	t)	Secopharing Cuers
1	5	i-	(5) 1.		, <del>,</del> ,	;	45 ° 4

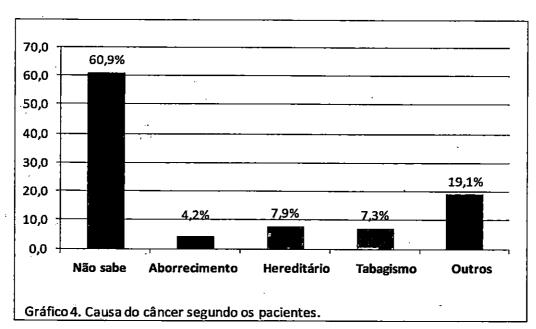
observited and representations of the property of the second manager of the second manager of the second of the se esempent ab equesent operations of history and revenuence the methespoor ob ebshilaup ardos reparatif of testish asservia sens sen about of sens padentes aprosentaism presentatos. e mishering WV.XX, upess poblice in a peak or sign permission selments and permission of 607.30 Au sarem questorismos, niegoram domini texto o instributed and mayar 8.30 35. 64 SO 19 diminulate 390 sumermedo. वक्षांक्ष्ट्रेश वर spelle, Caled Tellar sch 372,03 ू

Horem medicades diverses perpulses vibilities (7,87% elegatem elean

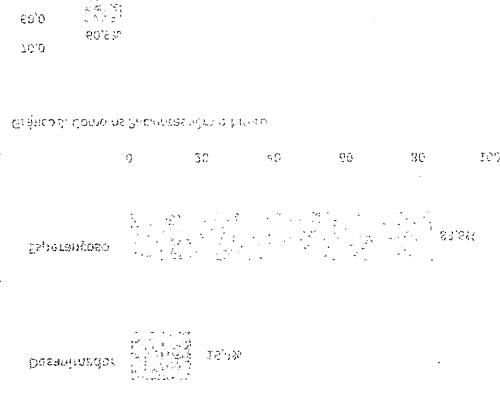
16. 省名 古田 15. 金里安日

may a selected may hear meneral 25,83. Therefore more than the table and the table of table o numero importante (83,0%) afinación possur uma visão esperanções somo o s arice ediab objection (9) Au parguntar aca translate annia a preroupção deice acine a smu les prepieros ARIX tedes can incisción ARIX O rondo do seuso leviscos possível causa hereditária, 7,3% acreditam poder ser pelo tabagismo e 4,2% definidos por eles comoum aborrecimento prévio (Gráfico 4).





possival pausa herachéna, 7,3% apradham poder ser pato tabagismo e 4,2% definidos por alns comoun abarrecimento prévio (Gráfico 4).



60,0 60,5%
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]
60,0 72,5]

Graffco à Causa de cancer segundo es paciemes.

0

Tabela 2 - Avaliação do tipo de Câncer, atendimento e frequência de depressão relacionada com hospitais.

			Hospital				
	Asco	mær	Onco	lógico	To	tal	
	n	%	n	%	n	%	p-valor
Tipo de Câncer							
Mama	47	27,2	23	14,6	70	21,2	
Próstata	34	19,7	20	12,7	54	16,4	
Sistema Respiratório	12	6,9	12	7,6	24	7,3	
Trato Gastrintestinal	27	15,6	40	25,5	67	20,3	
Trato Genito Urinário	14	8,1	21	13,4	35	10,6	
Linfoma/Leucemia	14	8,1	9	5,7	23	7,0	-
Sistema Nervoso Central	1	0,6	11	7,0	12	3,6	
Outros	24	13,9	21	13,4	45	13,6	
Total	173	100	157	100	330	100	0,001
Atendimento							
Ambulatorial	32	18,5	36	22,9	68	20,6	
Enfermaria	29	16,8	99	63,1	128	38,8	
Controle	112	64,7	22	14,0	134	40,6	0,000
Hamilton (24)							
Normal .	88	50,9	62	39,5	150	45,5	
Leve	- 68	39,3	61	38,9	129	39,1	
Moderada	<b>11</b>	6,4	22	14,0	33	10,0	
Grave	6	3,5	12	7,6	18	5,5	
Total	173	100	157	100	330	100	0,020

Na avaliação sobre depressão na qual foi utilizada Escala de Hamilton, padronizada para tal, foi verificado ausência em 45,5% dos pacientes entrevistados, depressão leve em 39,1%, moderada em 10,0% e grave em 5,5%(Tabela 3, Gráfico 5).

Ao comparar a idade dos entrevistados com a frequência de depressão, verificamos que na faixa etária de menores de 40 anos, 60% dos pacientes portavam depressão (40,0% leve, 12,0% moderada e 8,0% grave). Já nos pacientes de 41-65 anos, 44,3% têm depressão (37,2% leve, 12,6% moderada e 4,5% grave. E na faixa etária acima dos 65 anos, 43,8% possuem depressão (42,5% leve, 4,7% moderada e 6,6% grave) (Tabela 3).

Taceia 2 - Archacão do tino do câncer, etc nomoções e ácquência de doptessão relacionada com horpitai s

	,			64.5 cz-			ga malam yan mana. Anamani sa mapamahih ku Biri Biri sahi mapi. Mahami injan isunjank
	' <u>z</u> '	ToT	الأرغاران	one	noc.	612Á	
1018¥-6	εξ	n	A	n,	36	ā	
							ીણ્ટર ૧૮ ફિલ્લદ્રમ
	21,2	ίχī	3.44	Ł.	665	7.	settaM
	15.4	ίĉ	$\lambda_i \widetilde{\Omega}_i$	(vi	187	ķξ	5/25/3/6
	7,3	$N_{\lambda}$	65 to	11	Fē	12	Sistema Resaircton.
	20.3	₹ð	,3 <u>,511</u>	$T_{i_{\mathbf{c}}}^{*}$	321	7.7	Consistence out C
	106	35	4,52	V,	1,2	ļij	Taco Germa Ultinario
	$\overline{i}_j(i)$	23	5 =	Ĝ	1.3	Ĺſ	simples lemmand
	3.7	T	7,0	11	۶, زر	†	Sistema Nervosa Central
	13,5	ć÷ .	6,41	CS	2,61	1-7	Parase
0,000	190	ust	%!	100	60,1	<u>[7]</u>	[6]2 <u>[</u>
							A.s. dimento
	i,US	t/a	225	$\hat{Q}_{k_{0}}^{s}$	3,81	(**** (****	lsirotaludruk
	8.45	123	1,50	65	ક સું	ΰĆ	८.७४१ वर्षे हे । जो
039 F	<i>3</i> 0.6	761	<i>وَهُ</i> نَ	2	$\widetilde{\chi}_{i}^{R}$	177	fontol
							Hunstine 14.
	ē,3%	150	5,95	<u> 20</u>	9,6.7	28	's mod
	ì,3č	573	6,86	13	£,9 <u>}</u>	કુન	2.2
	2,01	12	3,53	1	5, 9	<u>.</u> ;	2mmoosile
	$v_i \tilde{c}'$	r1	2,5	12	3.5	õ	Ber Ç
0.00	100	(),E	<i>32.</i>		531	F.1	lacci

Na avaliação sobre devorasão na qua roi unizada Espeta da Hamilton. padronizada para tal foi vermonto ausência em 45.5% dos procentes entrevistados, depresado lava em 35.1%, modorado em 10.0% e grava em 5.5% (Tabela 3, Otárico 5).

Ad comparar a idade dos ante vistados com a frequência de depressão, verticamos que na faixa etáno de manor os de 40 anos, 80% dos pacientos ponavant depressão (40,6% lave, 10.6% moderada a 8,6% grave). Já nou pacientes da 41-65 anos, 44.5% têm depressão (37,2% leve, 12,6% moderada e 4,6% grave, E na faixa etána ocinta dos 65 anos, 40.3% possuam depressão (12,5% leve, 4,7% moderada o 6,6% grave) (teber 5).

Tabela 3 - Avaliação da relação da idade com dados sócio econômicos e frequência de depressão.

				ldade					
		<40	4	1 - 65		>65	1	Total .	
_	n	%	п	%	n	%	n	%	p-valor
Sexo									•
Masculino	5	20,0	85	42,7	60	56,6	150	45,5	
Feminino	20	80,0	114	57,3	46	43,4	180	54,5	
Total	25	100	199	100	106	100	330	100	0,002
Hospital									
Ascomcer	15	60	100	50,3	58	54,7	173	52,4	
Oncológico	10	40	99	49,7	48	45,3	157	47,6	
Total	25	100	199	100	106	100	330	100	0,556
Tipo de Câncer									
Mama	3	12,0	51	25,6	16	15,1	70	21,2	
Próstata	1	4,0	16	8,0	37	34,9	54	16,4	
Sistema Respiratório	1	4,0	15	7,5	8	7,5	24	7,3	
Trato Gastrintestinal	2	8,0	46	23,1	19	17,9	67	20,3	
Trato Genito Urinário	6	24,0	21	10,6	8	7,5	35	10,6	
Leucemia/Linfoma	7	28,0	12	6,0	4	3,8	23	7,0	
Sistema Nervoso Central	0	Ó	9	4,5	3	2,8	12	7,6 3,6	
Outros	5	20,0	29	14,6	11	10,4	45	13,6	
Total	25	100	199	100	106	100	330	100	0,000
-lamilton(24)									
Normal	10	40	91	45,7	49	46,2	150	45,5	
Leve	10	40	74	37,2	45	42,5	129	43,3 39,1	
Moderada	3	12	25	12,6	5	4,7	33	33,1 10,0	
Grave	2	8	9	4,5	7	4, <i>1</i> 6,6	33 18	10,0 5,5	
Total	25	100	199	100	106	100	330	5,5 100	0,433

Neste mesmo aspecto, foi constatada ausência de depressão em maior proporção nos pacientes do Hospital ASCOMCER (58,7%), do sexo feminino (54,7%), na idade de 41-65 anos (60,7%). Já em relação à depressão leve, uma média maior foi observada nos pacientes do Hospital ASCOMCER (52,7%), do sexo feminino (54,3%), na idade de 41-65 anos (57,4). Comparando depressão moderada percebeu-se maior proporção nos pacientes do Hospital Oncológico (66,7%), do sexo masculino (54,5%) e na idade 41-65 anos (75,8%). Avaliando depressão grave, avaliou-se uma maior média nos pacientes do Hospital Oncológico(66,7%), no sexo feminino(72,2%) e na idade 41-65anos (50,0) (Tabela 4).

	(g)	e.	11000	SURJOU E	E 31 C 36 S 36		1000 c	8	genetic 9 of		150 (2) Gen 2.	(4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4)	E CANADA	THE SECTION OF SECTION	The second secon	135 8 8 STANDON	1600-1609-969		100 m	ĸ:	U3.10.004(19)	A		STORY STATE	1
	. 1				ett 6				F.1							2 .4 en d						왕	1 -	13	
予 対 子	tr.	۲,		55	13.5 15.5 10.5	A. d.		7	15.	:5;		, ro	,r)	i m r	- i	백 10	(D)	а •ъ	편 신	5		ń.	13		
		-;-		દક	悬	50		級	ζ,	ਸ਼		7.7	**2"	£5.)	*5,5	~^		4.1	- 4	ř		զ,	(**)	اين ۲	
	*** ****	4		15°5		ij		eo L	30 C	770		51	S. S.	14m 13m	5 .9 W.T. W.S	مورة ورق	1273 1003	4	¢. [	8		يا د. د ام د ام	ద గు	ź,	
	٠	ε		83	133	5.13 14.01 ( )		1.	ij	শ্ৰ			'.a'	5	70	к'n	773	**************************************	fil.	É		S	ij	to a	
	T.	A		i û	(H.	;;;		(U -1 43	ži , ti	3		떲	[편 + 1	1	# <u>}</u>	, o	 	ယ္	 	Z		i di	.3j	85	
		4.64								322										55.2					

SUBLIK SIT BELLEY CONTINUED OXES OF JOHN OF SUPPOSITION OF SUPPOSI aninfinet axes ob (eYY,88) AZOMOUCA unitant ob retnerast ean ospragan (54,7%), his liberto de 41-05 sons (25,75), Us em solsção à deprensión level 68-14 epablian a (688-58) mulasann uxaa ob 1817 (18) dalpolooko latitaani ob aon kibàni totani umu askedisva kraig osaletgab obnalavA (2012) cork PROMOCEN lettered ob semejord son providence of height substrainment (35,755) 60 se, npiperg eon oégragong no em pergeanor apereba, n oksangob obnatennaD Moste introduces assessed the control of the contro 砂道につ हिम्मायाक (के.ट्रे.क.) महा ideale 60-14 sb (A, 50) 8008

本1- 60 8008 (80'S) (1508 4'S)

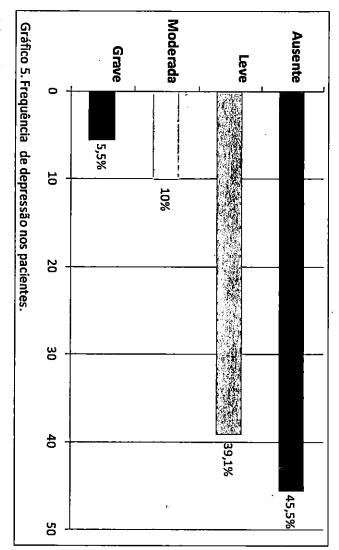


Tabela 4 - Avaliação do nível de Depressão (Hamilton 24) de acordo com dados sócio econômicos.

2	3	<u>ښ</u>	ğ	18	<u>1</u>	딿	je B	13	<b>1</b>	덩	Total
	13,6	<del>5</del>	16,7	w	18,2	6	13,2	17	12,7	15	Outros
	3,6	12	5,6	-	6,1	2	4,7	മ	2,0	w	Sistema Nervoso Central
	7,0	z	5,6	-	3,0	_	7,0	و	80	11	Linfoma/Leucemia
	10,6	딿	16,7	w	9,1	w	12,4	6	8,7	딾	Trato Genito Urinário
	20,3	67	5,6	<b>L</b>	36,4	IJ	17,1	22	21,3	32	Trato Gastrintestinal
	7,3	24	16,7	ω	12,1	4	7,0	9	5,3	<b>0</b> 0	Sistema Respiratório
	16,4	ሄ	22,2	4	3,0	<u> </u>	17,1	22	18,0	27	Próstata
	21,2	70	11,1	2	12,1	4	Ц,7	×	24,0	쓩	Mama
											Tipo de Câncer
0,02	100	330	100	<b>1</b> 6	100	ස	100	129	160	150	Total
	47,6	157	66,7	12	66,7	22	47,3	ស	41,3	62	Oncológico
	52,4	173	33,3	5	<u></u>	Ħ	52,7	æ	58,7	88	Ascomcer
											Hospital
0,433	100	33	100	×	100	ස	100	13	100	150	Total
	32,1	106	38,9	7	15,2	Сī	34,9	<b>&amp;</b>	32,7	45	Ř
	60,3	<del>1</del> 98	50,0	9	75,8	ၾ	57,4	74	<b>60,7</b>	91	41-85
	7,6	23	11,1	2	<u>9</u> 1	w	7,8	8	6,7	5	40
											ldade
0,338	100	330	100	15	100	ස	100	129	100	150	Total
	5 <u>7</u> ,5	13 88	72,2	ᇤ	45,5	ᅜ	5 <u>4,3</u>	70	<b>54,7</b>	83	Feminino
	45,5	15	27,8	5	5 <del>,</del> 2	<del>18</del>	45,7	88	45,3	&	Masculino
											Sexo
p-valor	×	3	×	7	×	3	%	=	፠	=	
	<u>[</u>	ᇊ	Grave	മ	Moderada	Mod	Leve	<u>ज</u>	normal	豆	
		İ				24)	Hamilton(24)				

Professional Control	The state of the s	E.	9	Fi	E	· · <u>·</u>	12	۳	段	34	ន្ទ	533
	والمبارق	የህ	ī	77	, 17 to 1	-,1	<del>'</del> ?'	r·1	, . 	ig.	Ē	
Control   Cont	เลขาน เขตของในกระเน้	£'+'	C 1	02	r	. 3	1- '221	ş·•	<u>(</u> 79. )	ts:	.v.,	
	C. COW LA CORT	ł:;	.5:	73	7		r 3	·-·,	٠,,;	C.		
	area.id at 15 dets 7	F	,-19 (%)	,22	7;7 1:4	^	::	***	(E.)	Ç.;	<u>د.</u>	
	67(75 is 1476) 018	S	**	Ľ.	6. mg	n	¢;		Ž.	<i>(</i> 3	() (F)	
	childrips8, medd	٠	: 1	دک،	en F			•••	(i)	Jer,	Ç	
	61.800.0°P	X	12	Ļā	f. ;		t + for	.1	Fa	.;;·	ev E-	
	pred 1	ભ્રા	د <u>.</u> -ر	angra te s	- -;	4	}÷,	.,.	-7:	şş	17	
	1. 30 to 0. 1											
	£10.7	ŗ,	Ē	12.	ج. م	" ?	딜	ŝ.	W	F.F.	S	ijġ
	0182 (02%)	ြ	[:	<u>19</u> .	37	65 65	Š	۲.,		짐	23 73	
	1507 West	æ	[3]	J.	302	17	; ; ; ; ;	ريد	Ę	F	<u>;</u> ;;	
	i nazi i											
	· · · · · ·	Ϋ́	氣	r)		PT.	12	:-=	<u>.</u>	S	·	6 <u>8</u>
	îyî.	\$	6	-	-	* T\$ 1	į.	٠,	G;	$\tilde{\mathcal{E}}$	15	
	e: ;≕	17	, <del>, , )</del>	*27	Ø	Ç4	r W	rı,	ر با در م	\$ <sub>2</sub> ;	£;	
	\$ <u>\$</u>	3	÷3	វា	\$		7c			£1	24 411	
	<b>3</b>		É	i;	73	83	£3	15.,	er Er	黨	100	5
	648.98	50	· 7 元	52	颖	Δį.	्रीत रूप	Ċ,	F.;	氢	X	
	ं । विकास	ដ	Ş	$\tilde{\pi}_i$	-1	. ;	27	n,	(;; (;;	Ē	no. Const	
	r A											
		£a.	ኢ	ر	٠,.	.~	13;	٠٠,	٤.1		5-6	6
5 (27) (13) Jelon (14) (17) (17)		3	<u> </u>	82	, t.	81.	6330	ල්ා	رن در	. ,	£1	
(A)(812) - 015**					10 M	<u>ار ا</u>						
ार के कार के प्रतिकार के के ते हैं कि कार कार किया है जिस्सार के किया है कि कार के किया है कि कार के किया है कि	DESTRUCTOR PROPERTY COSTS	there a	40 pg 14.	學	Beech		[4. [6] [6]				!	

. เลยไทยใหญ่ หอก อน์ขระหญ่นยายัก เล่อกซิกอุหห้า ซี อวกิธายิ

C.	•	·
<b>3</b>		
Ö,		
20		٠
C') 1-7	** CC 00	** 57 **
E, ""A	State State	· plestsbook

200 **,** . Ą 13) 13) 13) 2011/10/2014

Na avaliação do sexo dos entrevistados com a incidência de depressão, verificamos que não houve diferença significativa. Somente, em relação à depressão grave, observou-se um índice maior no sexo feminino.

Ao comparar os pacientes dos referidos hospitais com a frequência de depressão, observou-se que naqueles que frequentavam o ASCOMCER 49,1% apresentavam depressão (39,3% leve, 6,4% moderada e 3,5% grave). Já nos do Hospital Oncológico 60,5% apresentaram depressão(38,9% leve, 14% moderada e 7,6% grave).

Comparando insônia nos pacientes foi verificado que 35,8% deles apresentam algum grau de insônia inicial, 45,2% de insônia intermediária, e 52,1% insônia tardia. Já ao avaliar capacidade de realização de atividades e trabalho foi evidenciado que 43,6% não apresentaram dificuldade e 17% deles interromperam devido à doença atual.

Ao realizar uma avaliação sobre alguns sentimentos, viu-se que 50,3% dos pacientes possuíam algum grau de desemparo, 20,9% apresentaram desesperança, 20,3% apresentavam baixa autoestima e 19,4% apresentam algum sentimento de culpa.

Na avaliação da qualidade de vida, utilizando o questionário WHOQOL-Abreviado, observou-se que no total de pacientes entrevistados, obteve-se uma média de 60,9% em aspectos físicos, 69,2% psicológicos, 67,1% sociais e 67,7% ambientais, salientando que quanto mais próximo de 100%, melhor a qualidade de vida(Gráfico 6). Foi verificado que não houve diferença significativa em relação ao sexo, idade e naturalidade em relação aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, mostrando todos estes uma média alta. Por outro lado, em relação à raça houve diferença importante, já que no aspecto físico, os indivíduos não brancos apresentaram uma maior média, e no ambiental, os brancos obtiveram um melhor resultado (Tabela 5).Em relação ao local de atendimento do paciente foi verificada uma maior qualidade de vida em relação aos aspectos físicos no grupo do controle, maior nos pacientes ambulatoriais em relação aos aspectos psicológicos, sociais e ambientais. Ao avaliar em relação ao nível de escolaridade foi verificada uma maior média em relação a todos os aspectos de qualidade de vida nos entrevistados de ensino

da avaliação do sexo dos entrevistados com a incidência de depressão, verificamos que não houve diferença significativa. Somente em releção a depressão grave, observou-se um nodice maior no saxo fernimo:

Ad comparar of parametric described respirals com a fraquência de depressão, observor-de que naqueles que fraquentiavam o AGCOMCER 49.1% careseman am depressão (39.3% reve, 6,4% moderdos a 1,5% grave). Já nos do Hospiral Oncologico 60,5% apresentaism depressão (38,9% lene, 17% trodecado a 7,6% grave).

Comparando insónia nos patientes foi varificado que 0.18% deles apresantam algum prau de insônia intermediária, e 32,1% insónia tardía. Lá so cualtar espacidade de realização de phyldodes e trabalho foi ovidenciado que 42,6% não apresantaram dificuldade e 17% deles interconçeism devido à coesça atien.

Au resilizar uma avalicito some alguns semmontos, viu-so noe 56,3% dos pacientes posculari, elgum grau de desemparo 20,6% apresentarem desosperença, 20,6% apresentavam crixa autoestioni e 18,4% apresentam arguni sentimonto de cuipa.

Ida svaliegas da qualidada de vida utilizando o quantionário VAHOQOLAbreviado, observou-se que ot total de partionas entravatedos póticive-se uma 
mártia de 60.9% em uapsobra tiamos 80.3% introduces, 81.1% procesa e 
67,7% ambientais subentando que quanto mais próximo de 100%, methor a 
quantidade de viderGratico 61. Toi iventicado que nao houve diferença 
significativa en relação por 15, idada e notivisticada em reloção con espectoros 
fisicos, psicológicos, sociais e ambientais, mostrando todos estas uma média 
atra Por outro todo, em rologico à aga houve diferença importante, fá que no 
appento físico, os individuos em chop no abrescribantam uma empor mádis, o no 
embiental, os benedos of divaram um meticor resinar em encircidade de vida em 
rologão aos aspectos tísticos no que o quo do controlar metor nos percenter 
ambutaconais em relação aos aspectos foi ventidade de vida oba sociar dade uma maior mádica em 
avairar em relação ao aspectos de occiandade de vida nos enterásedos de ensino 
relaçõe a todos os aspectos de occiandade de vida nos enterásedos de ensino 
relações a todos os aspectos de occiandade de vida nos enterásedos de ensino 
relações a todos os aspectos de occiandade de vida nos enterásedos de ensino 
relações as todos os aspectos de occiandade de vida nos enterásedos de ensino 
relações as capacidos de occiandade de vida nos enterásedos de ensino 
relações de controladade de vida nos enterásedos de ensino 
relações de controladade de vida nos enterásedos de ensino 
relações de controladade de vida nos enterásedos de ensino 
relações de controladade de vida nos enterásedos de ensino 
relações de controladade de vida nos enterásedos de ensino 
relações de controladade de controladade de vida nos enterásedos de ensino 
relações de controladados de controladade de vida nos enterásedos de controladade de

Aspectos Ambientais

Aspectos Socias

médio, seja completo ou cursando. Oútro dado relevante se refere à comparação aos hospitais, mostrando uma média mais elevada nos pacientes do Hospitai ASCOMCER em todos os aspectos (Tabela 6).

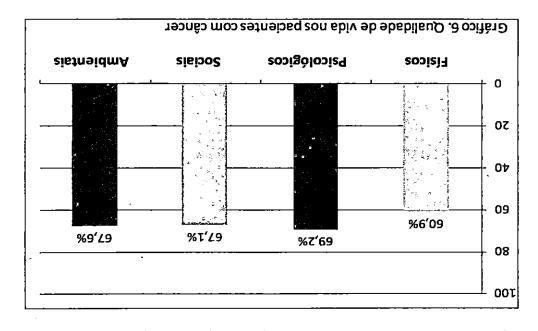


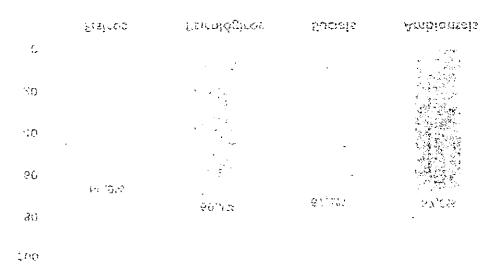
Tabela 5- Avaliação da qualidade de vida dos pacientes em relação aos dados sócio econômicos.

Aspectos Físicos

		BOZ O JOJOA-d		·	\$0,0 xolsv-q	8		0. valor 0,024	1	,	00,0 rolev - q	(
otedstlenA	<i>[</i> ]	6'95	9'वा	LZ	<b>L'89</b>	18'3	L7.	t/S9	73°t	<i>L</i> Z	L't9	/ <b>V</b> I
Ensino Superior Cursando	S	<b>ታ</b> ኚፈ	0'8	S	0'\$/	8'ET	S	£'89	0 <b>′</b> L	S	4,48	0'51
Ensino Superior Completo	35	<i>L'</i> 79	<i>L</i> 'ਗ	35	757	<b>1</b> 6'2	35	Z't/_ '	6'tI	35	7,87	723
Ensino Médio Incompleto	500	<i>L</i> '6S	20'3	500	<i>†'1</i> 9	ĽĽ	507	0'59	1'61	507	£ <b>'</b> 99	9'ST
Ensino Médio	<i>L</i> S	92'0	18,3	LS	6 <b>'</b> T <i>L</i> '	6' <b>Þ</b> I	<i>L</i> S	£†14	7'/1	<u>L</u> S	9'99	72'57
9bsbinsloo2												
		olsv-q	690'0		p-valor	<b>966'</b> 0 -		b-Asjon	877,0		b-vəlor	100'0
lstoT	330	6'09	8'वा	330	7'69	9'/1	330	T' <u>/</u> 9	18,1	330	9'/9	6'ST
SOOREID OEN	8SI	0'29	7'61	T28	7'69	S'9T	8ST	t'L9	9'91	128	0'59	6 <b>'</b> ST
Brancos	772	6 <sup>'</sup> 8S	50'3	172	7'69	S'8T	772	8'99	<b>⊅</b> ′6T	71.	T'0 <i>L</i>	<b>12</b> 2
ಕ್ಷು												
		ojea-d	Z86,0 7		olev-q	053,0 1		p-valor	S6E'0		iojea-d	660,0
9€	901	6'09	8'61	90T	<b>S'69</b>	8,81	90T	I <i>'</i> S9	18,2	901	8'99	797
59 - Th	<b>66</b> T	8'09	9'61	661	<b>7</b> ′69	S'9I	<b>66</b> 1	0,83	18,1	66T	8,88	र'डा
0₺⋝	57	9 <b>†</b> 19	5772	$\mathbf{r}$	z <b>′9</b> 9	70'7	57	0,83	17,3	57	6'19	Þ'6T
absbl												
		ojev-d	606,0 1		olev-q	<i>LL9</i> ′0 <sup>‡</sup>		p-valor	<i>1</i> 95'0 -		iojea-d	Z80'0
[5]OT	330	6'09	8'61	330	7'69	9'/1	330	T <i>'L</i> 9	18,1	330	9'/9	6 <b>′</b> ST
oninim97	180	6'19	6'हा	780	9'69	£'/I	08T	9′ <u>/</u> 9	र'न	180	0'69	0'91
oniluzseM	051	9'65	<i>L</i> ′61	0ST	8,83	6' <i>L</i> I	OST	<b>7</b> ′99	9'91	051	0'99	s'st
охәз												
	N	sibáM	DЬ	N	eibėM	ОЬ	N	eibèM	dO	N	eibėM	Db

Aspectos Psicológicos

mádio, saja completo ou oursardo. Otero dado relevante se refere á compacação aou hospitais mustando uma media mais elevada nos paciantes do Hospital ASCOMCER em todos os aspectos (Tabela 8).



Grafica E. Qua idade de vida rius pisos ritos com cáncas.

an at the artist high white-high other style productions.		Falsa F	,		\$	1		1 45 A 757			2-14410	.,
75.54 Deta	<u>ij</u>	595	738		4.3	121	5	₹D 4	13':	27	ET 1	17
2,2452° 74 for C = 2,260	نتب	1][1	51	3	25. 3		2	เชิง	3,0	\$	$\{A_j\}$	$F_{i}^{*}0$
de Marada defendênde	35	* 4	$i^{a,j}$		المواري • المراس		?7.	13.3	™ o	ij	$\mathcal{U}_{i,j}$	127
an an ingresional set	7.	7,31 s 201 =	163	$\Sigma'\kappa$	C, *	17	<b>16</b> 3	St. 9	<b>73</b> î	M	ક્ટિંક	15,0
JANA 11. 2	13	<i>\$</i> 77	in	2.	177	2.5	$\Sigma_{i}$	71,3	127	î.	150	15, 1
E, Egye, 3:												٠
		n (ag6-	6770		S. P.	1011		61.	0.723		ts-80.0	500
y202	j.,:	15	3	77	200	٠, ٩	750	67.2	K,	3:0	$ij_j \bar{s}$	12.6
	-56	63.0	777	1.	te.	16,5	"" 1 2. ~	(); ·	188	153	99	12,3
+ G-Mon.	EVS	<i>न</i> पुत्रि	:73	, Vá	93	24,4	73.5	\$5 <u></u> ,8	[g]\	1.5	70,1	35,5
do 1												
		Ber Life	37.23		M. 1952	ord,		ቻላና <sup>ታ</sup>	-6°27		155,0	ed <sub>e</sub> g
$\Sigma_{ic}^{y}$	] \$P	it.n	-61,	12.	22 i	15.6	itā	651	13.	ΤίQ	<b>6</b> 7.5	36,2
71-:	727	24,2	- 2 :	Ĭζ.	77, 3	)( <sup>1</sup> )	T-1	<b>W</b> 3	32,1	150	62,2	.187
er og:	72	ξľģ	2,5	Ĭ.\*	2P S	787	$\mathcal{D}$	0.770	17.3	-7	619	in'n
j. 3/j.												
		الأسام	18793 1879		4.254	ratu.		berg	े <b>ह</b> न्द्र		1.43	հնրեմ
<b>76</b>	347	6,03	73/3	730	€ 3	3.'5	370	47 T	`c.i	3.3	9.15	174
\$ 24 L	120	24,5	(3.5)	<u> </u>	en e	17.3	120	žξ.	1.15	720	æ'n	W.Ç
istaan ta T	155	્તે કે	3.	E	80	1.37	ĵ⊃i)	∰ t	15,5	17.0	63)	53.5
£ F												
	75	, 101	8	j<	ĄSĄI	15	'n	, <del>5</del> 0 s	Ð.	**	୍ଞ୍ୟୁପ୍ଲୀପ	De-
	ν.	प्रदेशक		9923	მშიგმისქ	stage.	ď	र्भवस्तरहरू	157		ors (kg	946

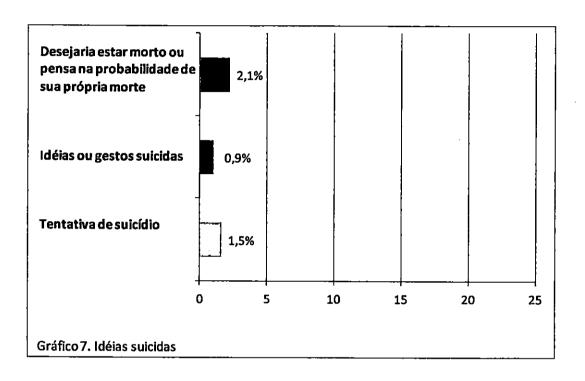
Tabela 6 - Avaliação da qualidade de vida dos pacientes em relação aos dados sócio econômicos e hospital.

*	Aspectos Físicos			Aspe	ctos Psicol	ógicos	As	spectos Soc	ias	Asp	ectos Ambie	entais		
	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP		
Hospital														
Ascomcer	173	65,7	17,3	173	72,7	14,6	173	72,6	15,4	173	69,1	14,1		
Oncologico	157	55,6	21,1	157	65,4	19,6	157	61,0	18,9	157	66,0	17,6		
	p-valor 0,000				<b>p-va</b> l	000, x		p-valo	r0,000	p-valor 0,081				
Atendimento														
Ambulatorial	68	66,12	19,4	68	75,98	17,5	68	69,73	18,5	68	78,95	12,4		
Enfermaria	128	51,42	20,7	128	62,73	18,3	128	62,89	18,9	128	62,01	15,3		
Controle	134	67,24	15,2	134	71,92	14,7	134	69,71	16,3	134	67,28	15,1		
	p-valor 0,000			p-valor 0,000				p-valor 0,00	4	p-valor 0,000				
Tipo de Câncer														
Mama	70	66,3	19,7	70	73,6	13,9	70	68,8	18,3	70	71,9	14,6		
Próstata	54	65,1	19,3	54	72,9	18,3	54	67,1	17,7	54	67,8	16,0		
Sistema Respiratório	24	47,8	19,0	24	61,6	18,6	24	67,4	15,3	24	64,8	14,1		
Trato Gastrintestinal	67	58,5	19,6	67	68,1	18,6	67	66,0	17,1	67	66,3	15,1		
Trato Genito Urinário	35	59,5	17,4	35	65,8	18,7	35	66,0	16,0	35	66,0	20,1		
Linfoma/Leucemia	23	63,2	17,8	23	66,8	18,3	23	69,6	22,6	23	66,8	16,9		
Sistema Nervoso Central	12	56,5	21,8	12	71,2	14,4	12	72,9	21,4	12	71,9	14,3		
Outros	45	58,9	20,6	45	66,9	17,8	45	63,7	19,6	45	64,9	15,5		
	p-valor 0,004			ı	• valor 0,047	1		- valor 0,754		i	p - valor 0,257			

The Period of the Control of the Section of the Sec

		1000pg	100	P. F. F. W		接続を行	- C	思感			1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		Temperature 2	The State of	10000000000000000000000000000000000000	Page 38. Cal	S1626.000 1913	ر به اور از این از این	
	2".		12	<u> </u>			· (#)		F75 <sup>†</sup>		1.7	:N:	TAGA Tagal		ਲੋ ਵਰ	K. a. s.	1.7	t£5,	
74777.EC	S. C.		E.				41;. T-i			The state	; 4 <u>2</u> *	<u>C</u> ij	125 120	: <u>५८</u>	Ŋ		P.		· Baller
IJ.		53		~_F		कुः १९	ET.		`ů	5		10 mg/s	74. CC		77			, <b></b> -	
774. dama	~~~		Œ	Faciner ly we			153	i ĝi	·		15	134.	-11	DŞ.	æs	<del>ta</del> i	الاسارة	#{ħ	ei/
			ţ	Figz			Frag Fet 3			कुर्वाक्तिक् इ.स.च्या	7 ( ) 7 ( )	12 m 2 m 3 m 3 m 4	£(3)	Œ	65.7 65.7	25	\$ 0 • **	(44) - 87	
		1 - 14 1 - 2 - 3 1 - 3 - 5	ąa.			ь. S			. ·	Œ,	73	<u>इत</u> हुन	73 75	0	30.43 10.04		on it		
65 25 6	2747		Ē:	i 'è			\$1 s	5.1	<b>SE</b>		;- <u>.</u> ;.	271		6.4-	An	ž-C.	.1	r¢,	ت
	Ţ.,		万.	3			F8 13	7 4 5 h	€12. 1 1	100 m	\$-3% (2.0%)		Ç.	Ę	<b>(23</b>	1.51 1.55	100	es,	
	£,3		πį	63 63			engler engler	14361 1924	e 35	,,,,,	6-0 4-0 4-4-5	1	43	1	Programme Progra	ES.	뇈	<i>[53]</i>	
3	, <del>31</del>		æ	ē			ş va	ಟೆ	:7;		tē₹.	Zu.	<del>2</del> -2	2 429 2 429	:63	263	;·';	絽	-بم
	4.00		F. 7	527 573	्रे. इ.स्ट्राप्ट		15 15	CT. EB	173		1 <u></u> ;	ME.	2.77 1.85	(5)	200 200	ES.	12.	<u> </u>	THE SE
	हुन हैं		257	: 5			Ţ;	EJ.			(T)	: <del>"  </del>	1.2	74. T	THE!	हेस्स्ट्री, क्या		g	

). (-) Ao avaliar suicídio, podemos perceber que 2,1% dos entrevistados desejariam estar mortos ou pensam na probabilidade de sua própria morte, destes não houve variação entre sexo, idade, estado civil, escolaridade e religião. Em 0,9% possuem ideias ou gestos suicidas e 1,5% já tentaram suicídio (Gráfico 7).

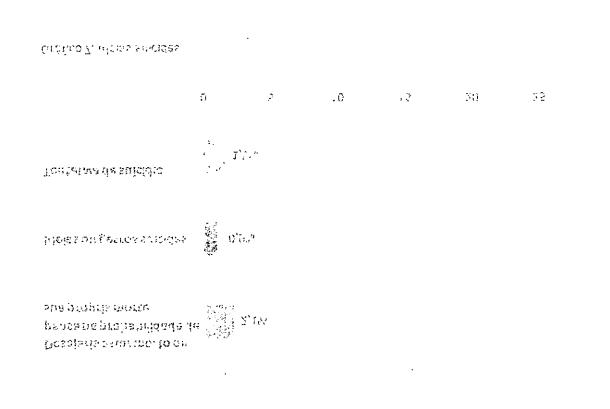


#### 6 - DISCUSSÃO

A avaliação de qualidade de vida tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde, especialmente depois que suas propriedades de medida foram comprovadas como um indicador válido e reprodutível. Medir o impacto de determinada doença na qualidade de vida do paciente tem se tornado cada vez mais importante (Ciconelli, 2003).

Apesar de ser difícil provar que exista uma relação causal entre depressão e doença orgânica, ou seja, o que vem primeiro, a bibliografia demonstra que existe relação entre elas. Não se pode negligenciar o papel da depressão como fator agravante com consequente piora do prognóstico do paciente oncológico. Este geralmente desenvolve uma depressão reativa que

Ao avalier suicidio porismos perceber que 2,1% dos entrevistados desejariem estar mortos ou pensern ne probevilidade de sua propria morte, dentes não houve variaçõo entre sexo idade, patento civil escolaridade e religião. Em 0,0% possuem lácias ou gestos suicidas e 1,6% ja tentarem suicídio (Gráfico 7)



### 6-145008**3A0**

**e** 

•

0

A avallação de qualidade de vida tere sido cado vez mais utilizada no area da saínde, especialmente depois que suas propriededes de medida toram comprevados como um indicador valudo e repredienvei. Medir o impacto de determinada dosniya na qualidade de una de partenta tem se tomano cada vez mais impurante (Ciconelli, 1002).

réplessar le ser dificil provar que existe ums relação, causel entre depressar le doença orgânica, um sela, o que vem pirmeiro, a bibliografia demorratra que existe relação entre elas. Mão se pode negligenciar o aspet da depresado como fator agravante com consequente plota do prophóstico de padisme oncologico. Este geralmente desenvolva uma depressão reariva que

acompanha a doença de base e desaparece após a cura ou melhora desta (Garcia et al., 2000).

Neste estudo houve uma justaposição entre a faixa etária, na qual foi evidenciada maior prevalência de cânceres, com aquela que foi detectado maiores índices de depressão tanto leve, quanto moderada e grave. Este fato comprova a íntima relação entre essas morbidades, e a neoplasia pode ser um agravante ou até mesmo um fator desencadeante de um transtorno de humor deprimido.

Em concordância aos estudos de Massie (2004) e Trask (2004), a frequência de depressão em pacientes diagnosticados com câncer foi de aproximadamente 55%, podendo este acometer o paciente em qualquer fase da doença.

No Hospital ASCOMCER e no Hospital Oncológico a faixa etária predominantemente acometida por doença neoplásica foi entre os 41 – 65 anos, além de uma maior prevalência do sexo feminino. No Hospital ASCOMCER a neoplasia de maior incidência foi o câncer de mama. Assim como foi relatado por um estudo da Fundação SEADE de estatísticas (1999) em São Paulo, no qual demonstrou que o câncer de mama, responsável por elevadas taxas de mortalidade em mulheres, tem uma maior prevalência após os 50 anos de idade.

A localização anatômica do tumor é uma variável relevante na análise dos determinantes sociais em câncer e os tumores de câncer e cólon são mais expressivos nos extratos diferenciados da sociedade (Filho e col., 2008).

Quanto aos tipos de câncer verificou-se uma maior frequência dos cânceres de mama, próstata e trato gastrointestinal nos pacientes dos dois hospitais avaliados, como ocorreu em parte da tese de Paiva (2006) que mostrou maior incidência das neoplasias de mama e do intestino.

No Hospital ASCOMCER o tipo mais prevalente foi o câncer de mama (27,2%) enquanto no Hospital Oncológico foi do trato gastrointestinal (25,5%), nesta unidade de saúde a frequência está semelhante ao trabalho de Lima e col (2009) onde existem mais casos de câncer colorretal.

Visto a inconstância da frequência dos tipos de câncer pode-se inferir que esta variante epidemiológica não tem grande relevância no aspecto prático da medicina, no contato direto com o paciente oncológico, mas sim para fins de

abompanha a doenga do baso a desaparene appe a cura on melhora desta (Garcia et s.i. 2000).

Neste enfudo houve una juntoposição entre a faixa etána, na qual foi systemmedo maior natural de cânceres pom aquera que foi delectedo comerce infines de depressão tento leve quanto moderada e grave. Este feto comprova a infine releção entre essos moderadas e a neoplasia pode ser um esparante ou sté masino um tansiono de humor deproduto.

Em parcoidância aos eaudos de Mossie (2004) e Trask (2004) a frequérica de dopressão em pacientes diegnoslicodos com cancer foi ce aproximadamente 50%, pacendo esta aconteler o paciente em quelquer lase doença

No Hospital ABC DNICHK o no Hospital Circuiógico a faixa etáfia predictimantoment - aremundo por doença ceoplasiou foi entre os 41 – 65 chos iném de uma nicior preventida do cozo femiliaro. No Hospital ASC OMCEN o necroasia de metor incidancia noi o câncer de mante. Assimiento noi relativan pre um estudo do Fenoeção GRADE de estadistica (1902) cara 33º Portu, no qual demonstrou que o câr car de ciama, responsável con ciavadas caxas do moralidade em mulheros, tem uma maior previência apos são anos de idade.

ensaistes en articolar en contra de ruma variable en estador el estador en allacente mais en contra de cancer e color se mais en contra de cancer e color en contra de contra en contra de contra en contra de contra en contra de contra en 
Cuento aos tipos de cóncer vol·ficocisa uma maior frequência dos rêncieras do mamos, próstata e trato pastolimentaria nos pacientes dos dois trapidada availados, como ocorreo em pería co tass de Paiva (2006) que como esta availados acorreo das necesas de mama e do intestino.

Ho Hospital ASCOMCER o tipo mais prevalente foi o câncor da mama (27,2%), enquanto no Hospital Oncológico foi do trato gastrointestinal (23,2%), nesta unidade do saúdo a frequêncial setá demelhante ao trabalho de Lima e col (2069) ende oxistem mais cosos de câncor colonetal.

Visto a inconstância de irequência dos tipos de câncer pode-se infegro oue ceta infenta epidemicações não tem grande relevência no aspecto prático de materia ducida com o paciente encológico, mas sim para fins de

organização de custos e gastos hospitalares, para a geração de dados para a Saúde Pública e fontes de pesquisa. Cada tipo de câncer é influenciável por alguns determinantes próprios como os fatores de risco, predomínio em diferentes sexos, hábitos de vida e culturais, história familiar, raça e naturalidade, e, sendo assim ele varia com cada amostragem populacional levada em consideração.

A Organização Mundial de Saúde considera a depressão como uma causa específica de incapacidade social e a previsão para 2020 é de que ela se tornará a segunda causa de incapacidade em países desenvolvidos, e a primeira nos países em desenvolvimento (Murray et al., 1997).

A incapacidade social interfere negativamente na qualidade de vida por afetar profundamente os seus domínios físico, psicológico, relações sociais e meio — ambiente. É fato a existência de uma interrelação entre depressão e qualidade de vida, em todos os seus aspectos, os quais devem ser analisados para gerar dados quantitativos e qualitativos não só nos campos da Epidemiologia e Atenção e Assistência à Saúde, mas também na geração de informações que norteiem as atividades dos profissionais de saúde no campo prático, com o intuito de minimizar todos os fenômenos advindos do estado de depressão correlacionado ao câncer.

A escala de avaliação da presença de sintomas de depressão *Hamilton Rating Scale for Depression*(HAM-D) é um instrumento que permite discriminar doentes deprimidos de não deprimidos. É Importante ter instrumentos confiáveis que possam ajudar na identificação dos sintomas de depressão, bem como reconhecer problemas subclínicos, que não chegam a atingir os critérios necessários para o diagnóstico formal, mas que podem evoluir para transtornos psiquiátricos graves (Paranhos et al., 2008).

No presente estudo, a porcentagem de pacientes com depressão moderada foi maior do que naqueles com depressão grave nos dois hospitais avaliados. O reconhecimento dos pacientes na faixa de depressão moderada permite ao profissional a instauração de medidas de assistência específica que possa diminuir os riscos de uma evolução para depressão maior, bem como identificar os quadros mais graves que necessitem de atenção priorizada devido aos riscos de insulto à própria vida, como a tentativa de suicídio, que esse estágio de humor deprimido representa.

organização de cuatos o gastos hospitaises, para o geracêo de dados para si cardida Pública e fontos de perquisa (loda libo de câncer a industriolada por piguna determiciánies próprint cumo os tatores de naco prodomedo em atruventes senos hábitos de vioa e culturais, hipódia fomiliar, rapa e naturalidade, e, sondo asaim ele varia com cada empotragem populacional levado em consideração.

A Organização Mundial de Saúdo considera a depressão como uma causa expedifica do incepanidade social e a previose para 2020 é de qua ela se temará a segunda causa de incentralende em traisas dosenvolvidos, e a primeira nos patises em desenvolvimento (Munaviella).

A incapacitade sucial interfere negativamente ha qualidade de vida por afeiar profundamente os seua domínios físico, psicológico, releções sociale e meio — emblerio É feto a existência de uma interrelação autra densessão e qualidade do vida, em tados os seua especios os quais dovum ser analisados para genar dados quantitátivos e qualitativos não só nos campos de impidenciologia e Alenção e Assistencia à Raúde, mas tambem na geração de informado as que nortelem as etividades dos profissionais de saúde ou campo prático dom o intulio de minimizar rodos os fenêmenos advindos do estado de parásos come acondo so cáncei.

A escrita de avaliação da presence de simomen de depressão hiemillon idamo Socio for Depression(HAMIO) é um instrumento que permite discriminate doenies deprimidos de não deprendos. El importante ter instrumentos confiéveis que possam ajudar na iduntificação dos siniomas de dupressão, bem como recenhecer problemas subcriticos, que não chagem a atingir na critérios necessários para o diagnóstico formal, tros que codem evoluir para transtumos palquiditmos gravas (Paranhos et al., 2009).

No presente estudo, a consultagem de pacientes com depressão avaliadas foi maiot do que nequeled com depressão grave nos dois hospitais avaliadas. O reconhecimento dos pacientes na faixa de depressão moderada permito ao professionar a instauração de medidas de assistancia especifica que posses diminur ao distribido de uma svolução para depressão natur dendo como dentificar os quadros mais gravas que necessiom de abenção priorizado devido aos triscos de usació à própos rida, como a tenisdira de sulcidio, que pevido aos fiscos de usació à própos rida, como a tenisdira de sulcidio, que assa estagio de miser doprimido reprenenta

Os índices de depressão tanto grave como moderada foram mais prevalentes no Hospital Oncológico quando comparados ao Hospital ASCOMCER, enquanto a qualidade de vida foi maior neste quando comparado àquele. Isso comprova a correlação entre depressão e qualidade de vida, mostrando que quanto maior a gravidade da depressão menor é a qualidade de vida.

Existe um forte nexo entre depressão e qualidade de vida, o que é um aspecto inquestionável, entretanto, os fatores causa e efeito ainda se sobrepõem, o que permite conjecturar que uma baixa qualidade de vida corrobore para maiores índices de depressão e ou agravamento dessa e viceversa. Assim, a menor qualidade de vida no Hospital Oncológico pode se dever a própria depressão como a depressão pode ser devida a baixa qualidade de vida neste nosocômio.

Apesar de pacientes oncológicos poderem desenvolver depressão e isso repercutir em sua qualidade de vida como explora o atual trabalho, observa-se no estudo de Lima et al., (2009)que pacientes com câncer apresentaram um nível elevado de qualidade de vida, o que possibilita melhor sobrevida e prognóstico.

Em contrapartida, 2,1% dos entrevistados desejam estar mortos ou pensam na probabilidade da própria morte. Assim como no estudo de Fanger e col., (2010) não houve variação no desejo ou pensamento de morte com relação a sexo, idade, estado civil, escolaridade e religião.

É importante salientar que escalas de avaliação têm finalidade de rastreio e não diagnóstica, e pode ser vulnerável, pois o paciente pode negar ou exacerbar sintomas, enfatizar traços socialmente mais aceitos ou responder nos extremos a gama de respostas. Assim, o risco de suicídio não pode ser confirmado através da ambição ou suposição da probabilidade de morte. Além disso, o nível cultural, as posições sociais e étnicas podem interferir na compreensão e significado atribuído aos termos que as compõem. Podem ser inadequadas para doentes intensamente deprimidos, visto a falta de motivação e limitação para respondê-las. Possuem como vantagens, a eliminação das diferenças de interpretação dada pelos avaliadores e de serem instrumentos práticos e por isso não precisarem de profissionais especializados para aplicálas (Pimenta et al., 1997).

Or indices de depressão tante preve como moderata resminativados no Hospital Occontegido quando comparados ao Hospital ASCOMORP engranto e qualidade de vida foi major neste quando comparado équale, laso comprova a conetação entre dopressão o qualidade de mosfrendo que quanto motor a pravidade da depressão menor o a cualidade de vida.

Existo um forte nero entre depicteza el qualidada da vida, o cue é un aspecto inquestionaves, entretamo, la faccior dusa e eletto ainda se orbigoción, o que permite conjecturar que uma baixa quelidado de vida comporte para maioras indices de depictose o cui agravamento osega e vidar versa. Asolm, a menor qualidado do vida no i lospital Oncológico pode se devada própria depressão como a depressão pode ser devida o baixa qualidada de vida nescendo.

Apesar de pacientes oncuciquos nodorom desanvolvar depressão e isso repercutir em sua qualidade de vida como explora cilatural mátiatio, obsenvi-se no estudo de Lina of al., (2009)que pacientes com námbe: apresentaram um nivel elevado de qualidade de vida, o que possibilita melhor sobrevida e prográmico.

Fir contrupacida, 2,1% dos acirchistados descjam estas mortos ou persans na propositidade ou próp. A nucha. Assim como no estudo de Fanger e col., (2010) não nouve variação no desejo ou pensamanto da morte com rotação e sexo, idade, estado civil, asociondado o reliciao.

É importante saliemen que decalias de avaliação nêm finalidade de respecto e não diagnóstica, o pode ser volnerável, pois o pociante pode negrar ou exacerbar solitomas, er fatimar freços consimismo mais aceitos ou respondentos extremos a game de respontes insaim o nacio de suicidio não pode ser confirmado através de ambição ou supovição en pubabilidade de mone Além disporto o nivel cultural, en posições anciais e ámicas podem interfera de complem interferado e significado ambuído ens tarinhas que as complem. Portom cer inadequadas para nomias intensamente deprimado, visto a falta de motivada e fimilação para respondênes. Porsuem como vontagens a aliminação das diferences de finitação das por isso não decaledas polos avalladores e de serem instrumentos proficados por isso não areolesarem do pinissionais ecuacializados pera aplicados e por isso não areolesarem do pinissionais ecuacializados pera aplicados e por isso não areolesarem do pinissionais ecuacializados pera aplicados.

Portanto, diante dos vieses abordados acima, ao realizar o rastreio da depressão poderemos obter resultados falso positivos e falso negativos, influenciando diretamente nos valores preditivos desta pesquisa.

Neste trabalho verificou se maiores valores de qualidade de vida, em todos os quesitos abordados- físicos, psicológicos, sociais e ambientais, na população feminina, apesar dessa ter sido a maioria no grupo em estudo. Faltam dados sobre a população masculina de acordo com Maluf e col., (2006), visto que há poucos trabalhos correlacionando câncer em grupos majoritariamente masculinos.

Pacientes oncológicos se deparam com várias situações traumáticas tanto físicas quanto espirituais, tratamentos agressivos e o iminente confronto com a morte pode gerar uma série de instabilidades psíco-orgânicas, as quais estão diretamente relacionadas à qualidade de vida do indivíduo (The WHOQOL Group, 1994).

Nos parâmetros avaliados sobre a qualidade de vida, em relação aos aspectos físicos os pacientes mais jovens, até 40 anos, obtiveram médias mais elevadas, o que corrobora com o estudo de Pereira (2006) onde foi feito uma análise entre a influência da capacidade funcional sobre o domínio físico na qualidade de vida, quanto maior a capacidade funcional maior as médias do domínio físico.

No que se referem aos domínios psicológicos, as pessoas acima de 65 anos alcançaram maiores médias. No aspecto social, foi constatado semelhança na média de qualidade de vida nas diferentes idades. Quanto à idade pode se considerar que a qualidade de vida global nos pacientes até 65 anos é maior quando comparado aqueles com idade superior, uma vez que nos primeiros houve a presença de médias elevadas em pelo menos dois aspectos da qualidade de vida.

Quanto à raça os pacientes não brancos obtiveram maior qualidade de vida nos dois de seus aspectos, sociais e físicos, enquanto os brancos apenas nos aspectos sociais. No domínio psicológico não houve diferença entre raças. Pode- se deduzir que a qualidade de vida global dos pacientes não brancos foi maior, porém, segundo Coimbra Jr. (2000), no Brasil não há uma produção sistemática acerca do peso da dimensão étnico-racial na expressão

Portanto diame dos vieses abordados acento do realizar o restraro da depuesam noderemos obten resultados faiso poditivos e falso nogetivos, afruenciados destamente nos veloros promivos desta designica.

Vieste trabalho varificou se maiores haloras de qualidade de vida, em rodos os quantos abordados, berous, psicológinos, poriars a ambientais na população feminina, apasar desso ter sido e maiore no grupo em naturio. Follam dados sobre a população masculhos do acordo com Malufic col., (2008), visto que há poucos trabalhos porrelacionando câncer em grupos arajoritariamente mosculnos.

Facial les concrégions se deparant continents eltusgées traumáticas facial leuras quanto espirituais, tratamentes agressivos e o iminante confronto com a morte pone gorar uma série de instabilidades psido-orgánicas, es ouais estão diretamente relacionades à qualidade de vida do individuo (The VIHOROL Grant, 1994).

Nos parémetros parientes puelles mais prenis até 40 anos, obtiveram médiar mais apportes físicos es parientes mais prenis, até 40 anos, obtiveram médiar mais elevadas, o que comobora com o estudo de Pereira (2006) onde loi feito uma entre a influérida de papacidade funcional spore o dominio físico na qualidade de vida, quanto mejor a capacidade funcional maior as médias de decidido físico.

No que se catación aos dominos parcológicos, as passoas acima de 85 anos alconçaram maiores médiaciálo especto accial, foi constando semalhança na média de qualidade de vida nas diferentas idades. Quanto a idade pode se considerar que a ocupidado de vida giobal nos pacientes até 86 anos é maior quante comparado equales com idade superior, uma vaz que nos primairos houve a presença de medias elavados em pelo menos dois aspectos da qualinade de vida.

Qualité de reça le pacientes não brancos notiveram major qualidade de vida nos dois de seus procesos sociais e hajoris e nacional acuandos abandos abenda nos aspectos sociais. No continuo y significio não houve officiança entre raças. Pode- se disdutir que a qualidade do vida grobal dos pacientes não brancos foi major, porêm, segundo Combra do (2000), no Brasil não ná uma produção sistemática anema do peso do dimensão émico-racial na expressão

diferenciada dos agravos à saúde. Houve, portanto, dificuldades de encontrar parâmetros que correlacionem raça, câncer e qualidade de vida para fornecer suporte para os dados obtidos neste estudo.

As taxas de incidência do conjunto de tumores são cerca de duas vezes mais elevadas no Sudeste e Sul, regiões com melhores indicadores socioeconômicos, do que no Norte e Nordeste, regiões mais afetadas pela privação material. A região Centro-oeste apresenta perfil intermediário de incidência. As explicações para tais diferenças regionais não são óbvias (Filho et al., 2008). Quanto à naturalidade, a qualidade de vida foi maior naqueles de estados diferentes de Minas Gerais, contudo, não foi encontrada relação direta entre região de origem, prevalência de tumores e qualidade de vida neste trabalho.

#### 7- CONCLUSÃO

O presente estudo constatou a ausência de depressão em maior proporção nos pacientes do Hospital ASCOMCER, do sexo feminino, na idade de 41-65 anos. Já em relação à depressão leve, uma média maior foi observada nos pacientes do Hospital ASCOMCER, do sexo feminino, na idade de 41-65 anos. Comparando depressão moderada percebeu-se maior proporção nos pacientes do Hospital Oncológico, do sexo masculino e na idade 41-65 anos. Avaliando depressão grave, avaliou-se uma maior média nos pacientes do Hospital Oncológico, no sexo feminino e na idade 41-65 anos.

Ao avaliar à qualidade de vida não houve diferença significativa em relação ao sexo, idade e naturalidade em relação aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Por outro lado, em relação à raça, ao local de atendimento, ao nível de escolaridade e aos hospitais houve diferença importante.

E ao avaliar suicídio, percebemos que 2,1% dos entrevistados desejariam estar mortos ou pensam na probabilidade de sua própria morte, 0,9% possuem ideias ou gestos suicidas e 1,5% já tentaram suicídio.

diferenciada dos agravos à saúde, Houve, portante, dificuldades de encontratigadamentos que correlacionem raca, côntrar a qualidade do viua para formecer suppira para os dados obtidos nasio estudo.

As taxas da incidencia do contunto de tumbres são cerba de duas rezes mais etavados no Sudeste e Sut, ragiões por melhores inducadores socioeconômicos, do que no Norte e Nordeste, ragiões mais efetadas para privação materialal e região Centro pesta apresenta perfit intermediáno de redichcia. As explicações pera fais diferenças regionais não são óbvias (Filho et et. 2000). Quanto à naturalidade, a qualidade do vida for metor requefes do estados diferentes de Nimos Gerais contudo, não foi encontrada relação dinas entre rugião de origem prevalência de iumbres e qualidade de vida neste tradito de origem prevalência de iumbres e qualidade de vida neste tradito.

#### r-conclusão

O presento estado constator a ausáncia de depressão em maior proporção nos pacientes do Hospital ASCOMCER, do sexo femicino, na idada de 41-85 anos, 3á em relação a depressão leve, uma módia maior foi observada nos pacientes do Hospital ASCOMCER, do sexo femicino, na idade de 41-85 anos. Comparando depressão moderado percebeu-se maior proporção nos pacientes do Hospital Oncológico, do sexo masculino e na idade proporção nos pacientes do Hospital Oncológico, e valicu-se uma maior média nos pacientes do Hospital Oncológico, no sexo femicino e na idade 41-65 anos.

Ac avalis: à quelléade de vida não houve diferença eignificativa em relação en sexo, idade e naturalidade em relação aos aspectos niscos, psicológicos, acciais e ambientais. Por entro fado, em relação à raça ao local de arambiente, ao nivel de escolandede e aos inospitais houve diferença improriente.

El ao avalar suintite, percenemos que 2,1% dos entravierados desejariam patar mortos ou pensaim na umbahilidade de sua pròpina morte, 2,8% possuem idenas on gestos sulcidas on titri di tentaram suicidas.

### 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baumeister H, Balke K, Harter M. Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. J ClinEpidemiol. 2005; 58 (11):1090-100.
- Block SD: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med.2000; 132 (3): 209-18.
- 3. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. RevBrasReumatol. 2003;43:9-13.
- 4. COIMBRA JR, C.E.A.; SANTOS, R.V. "Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil", Ciência & saúde coletiva. 2000; v.5 n.1 p.125-132.
- 5. De Leeuw JR, de Graeff A, Ros WJ. Predictionofdepression6monthsto 3 yearsaftertreatmentofheadandneckcancer. Head Neck. 2001; 23 (10): 892-8.
- Fawzy I, Greenberg DB. Oncology. In: Rundell JR, Wise MG, editors. Textook of consultation-liaision psychiatry. Washington (DC). AmPsychol Press.1996; 351-64.
- 7. Filho VW et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. Physis*Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2008; 18 [3]: 427-450.
- Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) RevBras Psiq. 1999; 21 (1): 19-28.
- 9. GARCIA, M. A. A. et al. A depressão em pacientes com câncer : uma revisão. Rev. Ciênc. Méd., Campinas.2000;9 (2):80-85, maio/ago.
- 10. Grov EK, Dahl AA, Moum T, et al.: Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. Ann Oncol. 2005; 16 (7): 1185-91.
- 11. Hamilton, M.:A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 1960; 23, 56-62.

## S - NIFERÉNCIAS SIBLIDGRÁFICAS

- Battinosister H. Balke K. Harter M. Poychianic and compatic comorbidities.
   are negatively associated with chelicy of the in physically ill perionis. J. UnitEpica thet, 2005; 58 (11):1000-100.
- Block SD: Assessing and managing depression in the terminally the patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel American College of Physicians - American Society of Internal Modicine. Ann theer-Mod.(2000, 132 (6): 209-13
- Cioonetti Rhi. Medida, de oveltacao de quelidade de vioa. RevBrasReumator 2003:43:9-13.
- 2. CONABRAUR, C.S.A. SAMTOR, R.V. 'Saúda, minorias e casigualdada: algumas telas de inter relações, com Enfase nos povos inolgenas no Brasill, Oldnoia & saúde coleiva, 2000, v.5 a.3 p.123-132.
- De Leeuw JR, de Graeff A, Ruc Wu, Predictionofdepression&noninsto 3 yearsaftertreatmentofhaadandneckoanusii. Head Meck. 2001; 23 (10) 592-6
- th. Fawzy I, Greenberg DB. Oncology, In: Randolf JR, Wise MG, eclions. Textook of consultation-transfor psychiatry. Weshington (DC). AmPsychol Press, 1090: 351-64.
- 7. Fijho VM et al. Peropodiviss de investigação sobre determinamos socieis em câncer. PhysieRevista de Satido Octalius. Rio de Jeneiro. 2008; 18 [3], 427-450
- Fleck MPA, Leaf OF Louzada S. Kavier M. Chachamovich E, Vieira G. Santos L, Pinzon V. Deservolv nents da versño em portugués do instrumento de avalisção de qualidade de rida da OMS (WHOODL-100). Reveras Psid. 1899; 21 (1): 18-28
- GARCIA M. A. A. et al. A depressac empediances com cancer i uma rovivac. Rev. Ciénc. Méd., Gampinas 2000:9 (2):80-85, maid/ago.
- 10 Grov EK, Cahi AA, Moum T, et al. Anxiety, depression and quality of life in caregivers of patients with cancer in late patientes phase. Ann Oncot. 2005; 18 (7): 1146-91.
- 11. Handton, M.A. rating ecale for sapression, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1050, 13, 35-62

٠

0

۰

•

٠

۳

**e** 

- 12. InstitutoNacionaldo Câncer INCA / Ministério da Saúde. <a href="http://www.inca.gov.br">http://www.inca.gov.br</a> (Acessado em 24/Out/2010).
- 13. Instituto Oncoguia. <a href="http://www.oncoguia.com.br">http://www.oncoguia.com.br</a> (Acessado em 12/Nov/2010).
- 14. Jacob Kligerman, publicado pela Revista Brasileira de Cancerologia. 1999; 45(2), INCA / Ministério da Saúde.
- 15. Kübler-Ross E. Sobre a Morte e o Morrer: o que os Doentes Terminais Têm para Ensinar a Médicos, Enfermeiras, Religiosos e aos seus Próprios Parentes. Trad. Paulo Menezes. São Paulo. 1994; Martins Fontes.
- 16. Lima, TO, Borges GC. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer assistidos pelo centro de tratamento de câncer de Dourados. Interbio. 2009; v.3 n.2 - ISSN 1981-3775.
- 17.MALUF, A. S.D et al: Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama.Revista Brasileira de Cancerologia. 2006; 52, 49-58.
- 18. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer InstMonogr. 2004; (32):57-71.
- 19. Murray CJ, Lopes AD. Global mortality, desability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. 1997; Lancet; 349(9063): 1436-42.
- 20. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre. 1993; Artes Médicas.
- 21. Paice JA: Managingpsychologicalconditions in palliativecare. Am J Nurs. 2002; 102 (11): 36-42.
- 22. Paiva, SMM. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP, 2006.
- 23. Paranhos, ME; Cardoso, CO; Fagundez, F; Werlang, BSG. Estudos de Fidedignidade e validade do inventário de depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2008.
- 24. Pasquini M, Biondi M, Constantini A, Cairoli F, Ferrarese G, Picardi A, et al. Detection and treatment of depressive and anxiety disorders among

- 12 Instituth Napionatdo Cárber NGOA / Ministério da Saúda <u>http://www.inca.gov.pr</u> (Acessado om 24/O*tt*/2010).
- 13. Instituto Oncogula, <u>nilp://www.oncogula.csm.br</u> (Muessado om 12/Nov/2010).
- 44. Jacob "Cigarman, publicado pela Revista Brasilaira de Cancerología. 1998: 45(2), INCIA / Mintarémir de Saúrte.
- 15. Kebler-Ross E. dobre a Motte e o Motter, o que os Doenles Terminais Tém poro Ensinar a Médicos, Enfermeiras, Religiosos e aos seus Própuos Parentes, Trad. Paulo Menazas, São Paulo 1994; Marrins Fontas
- 18. Lana TO, Borges GC Avalloçàn de qualidade de vida em pacientes colongêncar essictións belo centro de tratamento de câncer de Dourados suerbio, 2009; v.3 n.3 155h v.381-3775.
- 12. MALUF. A. S.D et at: Avalteçan na qualidade de vida em mulheras com cáncer de mama Raviata Brasiteira de Cancerpingia, 2000; 52, 49-58.
- 18. Massie (4.). Prevalence of depression in patients with pancer, J. Matt. Dencer inmittency., 2004; (32) 57-71.
- 19. Murray CJ, Lopes AD, Gabbi chirtality, desability, and the contribution of risk factors: Global Burden or Disease Study, 1997; Lancet, 348(90)39, 1436-42.
- 20 Organização Murbilal da Sabas, Orosanipação dos Transtomos Manteis o de Ocropodemento da OID-19: descrições clinicas e diretrizas dragnoscope. Forto Alegre, 1980: Aries Médicas.
- 21. Paice JA. Marragingosychologicalocindiaoric in palliativacara. Am J Ninra. 2002; 102 (11): 56-42.
- 22. Paiva, SMM. Avaliação eu quelidade de vida de parientes oncológicos em traumones quina rerépiso adjuvante. Disseptação de Meatrado, aproventada à Escora de Enfermagam de Miberrão Preto USP, 2006.
- 23 Parachos, ME. Cardoso, CC: Faguratos: F; Werlang, 25C: Estudos de Fraedignidade e validade do invantirio de depressão de Beck-li (BCJ-II) em adolescentes. III Mustra de Praguise da Pus-Graduação PUCRS, 2008
- 24 Eastum M. Biond M. Constantin A. Cauch F. Fenarsse C. Piczedi A, et al. Dotedion and trasphent of deprecious and puxery disorders among

•

٠

۹

٠

- cancer patients: feasibility and preliminary findings from a liaison service in an oncology division. Depress Anxiety. 2006; 23(7):441-8.
- 25. Pereira R. J. et al , Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. RevPsiquiatr RS. 2006; jan/abr; 28(1):27-38.
- 26. Pimenta, CAM; Koizumi, MS, Teixeira, MJ. Dor, depressão e conceitos culturais. ArqNeuropsiquiatr. 1997; 55(3-A): 370-380.
- 27 Priscila Caroline Fanger et al, Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. Ver. Assoc. Med. Bras. 2010; Vol.56 nº 2.
- 28. Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. Biol Psychiatry. 2003; 54(3):283-94.
- 29. Roth AJ, Holland JC: Psychiatric complications in cancer patients. In: Brain MC, Carbone PP, eds.: Current Therapy in Hematolgy-Oncology. 5<sup>th</sup> ed. St.Louis, Mo: Mosby-Year Book, Inc. 1995;pp 609-18.
- 30. SEADE estatísticas vitais do Estado de São Paulo; São Paulo: Fundação SEADE[online]. São Paulo. 1999. Disponível na WWW.seade.org.br [citado 1999].
- 31. Spencer SM, Carver CS, Price AA: Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: Psycho oncology. New York, NY: Oxford University Press. 1998;pp 211-22.
- 32. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag. 1994; p. 41-60.
- 33. Trask PC. Assessment of depression in cancer patients. J Natl Cancer InstMonogr. 2004; (32): 80-92.
- 34 Watson M, St James-Roberts I, Ashley S, et al.: Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. Br J Cancer. 2006; 94(1): 43-50.

- cancer patients: Tessibility and preliminary lindings from a liaison service in an oncolony division. Depress Anxiety, 2006; 23(7):441-3.
- 25. Pereira R. J. et et , Contribuição dos dominios tístico, encial, peloplógico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. RevPsiquiati RS. 2006; jamabr. 28(1):27-58.
- 26 Pimenta, CAM; Koizumi, MS. Terseira, MJ. Bor, depressão e conceitos culturais. Ardivieurupsiquiau, 1997-55(3-A): 370-260.
- 27. Priscita Caroline Fanger et al. Depressão e comportamento sercida em pacientes oncolópidos hospitalizados provatência e (atores associados. Ven Associ Medidas, 2010: Venchir 2.2.
- 23. Kaison CL. Miller Air. Decreasion in cander; new developments segarding diagnosis and treatment. Biol Psychiatry. 2003, 54(3) 283-94.
- 29. Roth AJ, Holland JC: Psychiatric complications in cancer patients, in: Brain MC Carbone 22 eus. Guisant Therapy in Hemptology-Oncology 6<sup>th</sup> ed. St.Lonis, Not. Modby-Year Book, Inc. 1995,pp 608-18.
- 20. SEADE estatisheds viraid do Estado do São Paulo: São Paulo: Fundação SEADE(online). São Paulo: 1999. Disponível na VivVV. seade org. or (otado 1999).
- 31. Spelicer Siff Carver CS. Fruu AA: Psychological and conal factors in adaptation. In: Heliand JC, Greibart W, Jacobsen PB, at al., eds.: Psychological resp. type York (N.), Oxento University Press. 1993;pp 211-322
- 32.7hr VVHCQQL Group: This development of the VVoild Health Organization Quality of Life Assessment instrument (the VVHQQCL). In: Criay if Kuyten: W. Quality of life assessment international perspectives. Heidelberg Springer Vedag. 1994; n. 41-60
- 53. Trask PC. Assessment of depression in cancer palients. J Nati Cancer InstMonogr 2004, (32): 80-92
- 34. Welson M, 3t James-Roberts I, Ashley S, et al., Factors essociated with emotional and behavioural problems among action age children of breast cencer patients. Bi J Januari 2006; 94(1): 42-50.

# 9-ANEXOS



ξ1 Δ'





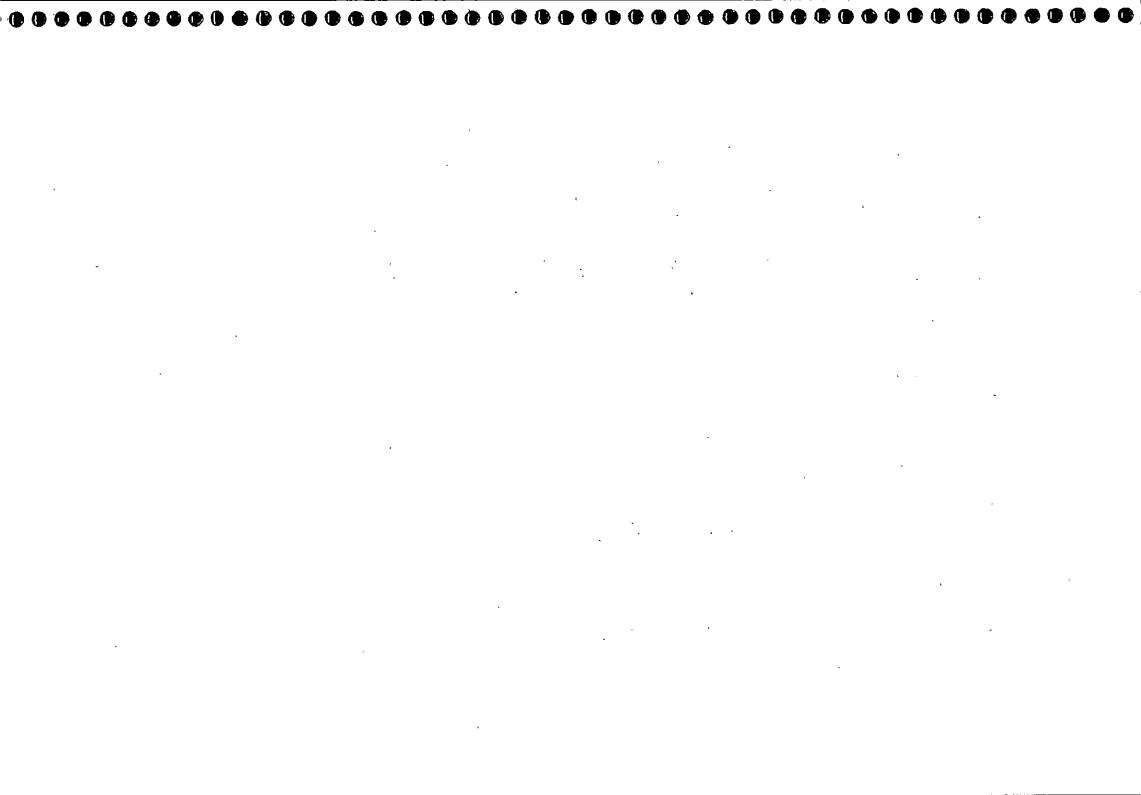
### Universidade Presidente Antônio Carlos Faculdade de Medicina – FAME/JF

#### Termo de Consentimento

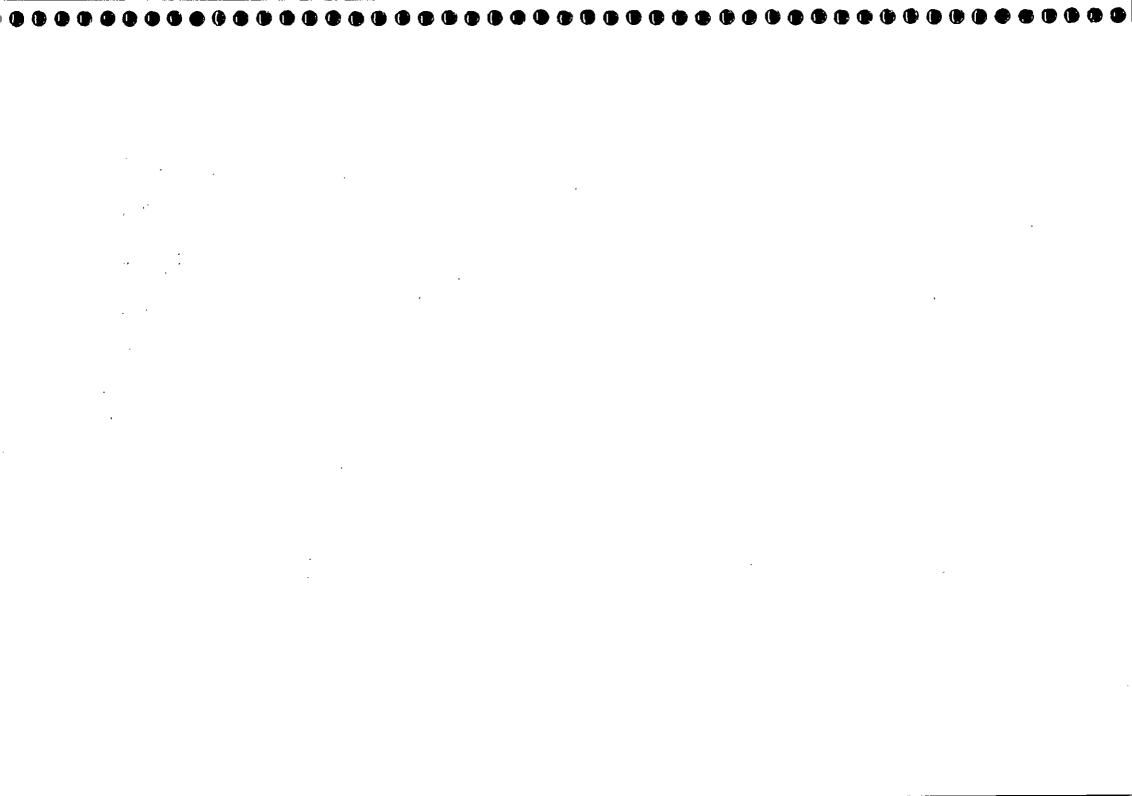
### Informações ao(a) participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa, na qual será aplicado um questionário sobre alguns dados do paciente, sem prejuízo a saúde dos participantes.Os objetivos deste estudo é avaliar a qualidade de vida e a frequência de depressão em pacientes diagnosticados com câncer em de Juiz de Fora — MG, assim podendo correlacionar com a adesão e eficácia do tratamento, disponibilizando informações as instituições interessadas e a comunidade em geral. Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam o que será realizado:

- 1. Os profissionais envolvidos estão capacitados e instruídos para a aplicação do questionário, sendo capazes de esclarecer qualquer dúvida antes, durante e após a entrevista.
- 2. Você pode recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o preenchimento do questionário, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
- 3. A participação como voluntário(a) não dará, ao(a) participante, nenhum privilégio nem prejuízo, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento.
  - 4. A sua participação não envolverá nenhum risco de vida.
- 5. Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao(a) participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo(a).
- 6. Um questionário será aplicado no ato da entrevista final, gastaremos em média 20 minutos para a aplicação do nosso questionário.
- 7. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes. Os resultados sairão mostrando o perfil de um grupo de pessoas pesquisadas. Portanto, o sigilo quanto os dados do(a) Sr.(a) serão preservados.
- 8. Todas as informações neste estudo são confidenciais, uma vez que o questionário não poderá ser identificado. As pessoas que analisam as informações do questionário terão acesso somente a um numero de identificação. O nome do Sr.(a) não será jamais identificado em relatórios ou publicações que eventualmente resultem do presente estudo.
- 9. Os resultados estarão disponíveis para o acesso de todos participantes, assim como o devido esclarecimento por parte dos integrantes do presente estudo.



	,					-	
		-	<del></del>				<del></del> -
		termo será		-	participant	e e po	or um do
pes		coordenadores tenha qualqu			esta nes	ดบเรล ดบ	ı deseiar te
ut	ras informa	ções, por favo	r, entre en	n conta	to com un	n dos pe	esquisadore
	avés do :larecimento	telefone (32)	99157529	ou (3	32)992582	28, par	a qualque
SU		a participação	será basta	ante va	liosa já q	ue os re	esultados d
	udo são im	portantes para					
0	país.						
	Responda	a as perguntas	a seguir, ci	irculand	o a respos	ta SIM o	u NAO:
٠.	/ocê leu o te	ermo de conse	ntimento?				
	SIM	NÃO					
	ORM	NAU					
2. F	Foram respo	ndidas todas a	as suas per	guntas -	sobre o es	tudo?	
	SIM	NÃO					
3. \	∕ocê se sen	te completame	ente esclare	cida sol	ore o estud	do?	
	SIM	NÃO					
١. ١	√ocê concor	da em fazer pa	arte do estu	ıdo?			
•••		-	.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				
	SIM	NÃO					
		. 4	J:				
		atura abaixo ind eu consentime		ricordo	em particiţ	Jai uesta	pesquisa e
•							
	,	Juiz de Fora, _	de _		de	e 2011.	
-	Namas	do Doutinia ant-			<u></u>		
	Nome	do Participante	;			Assina	alurd
				-			
-	Nome	do Pesquisado	er		. —	Assina	atura
		-					



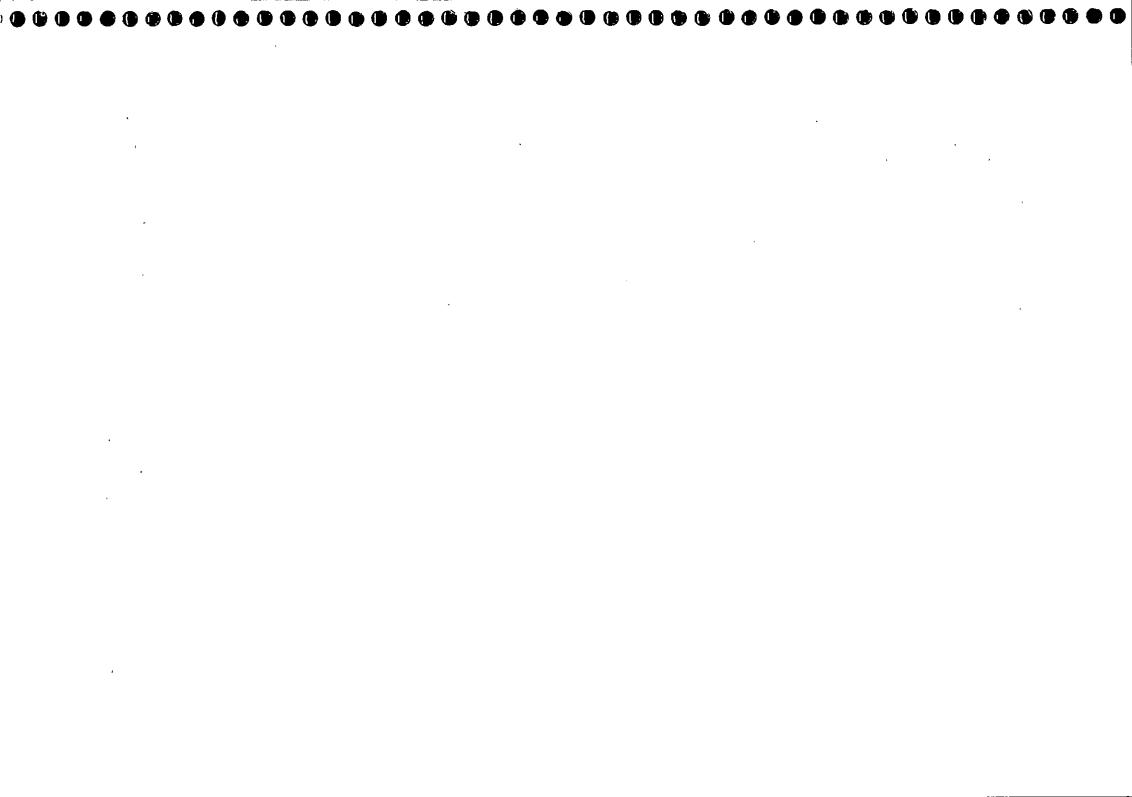


### Universidade Presidente Antônio Carlos -UNIPAC

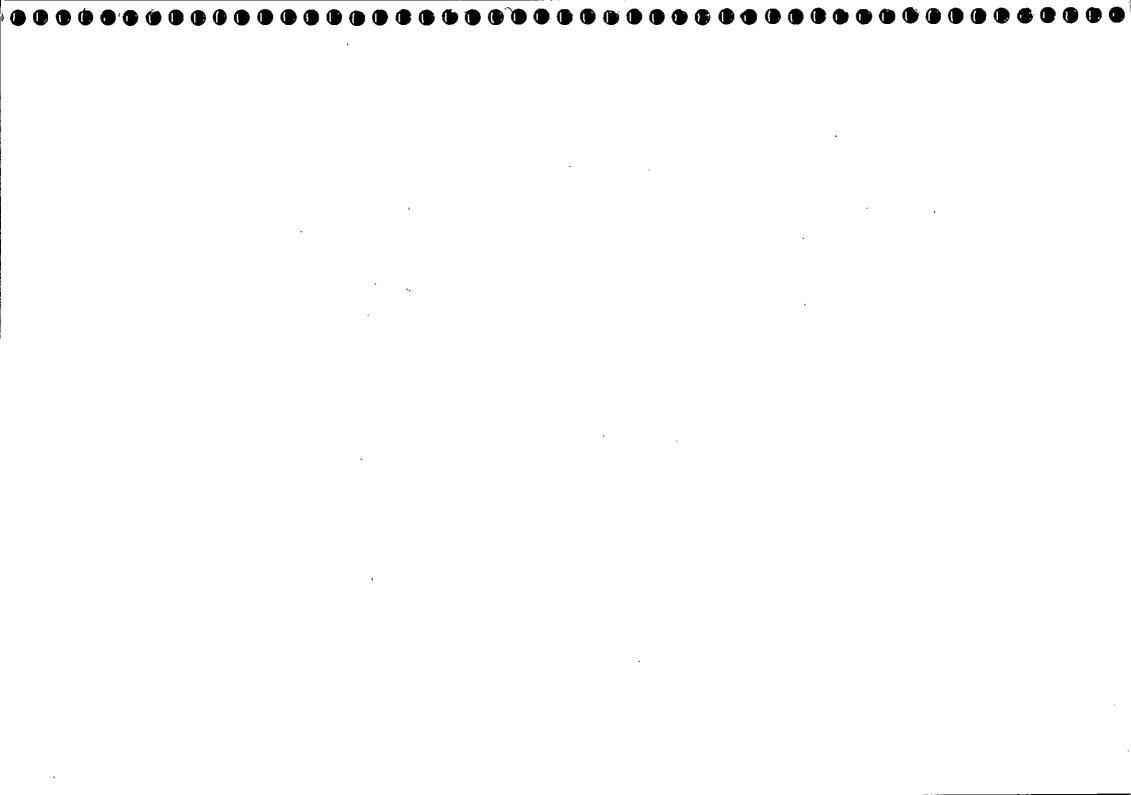


### Faculdade de Medicina de Juiz de Fora (FAME-JF)

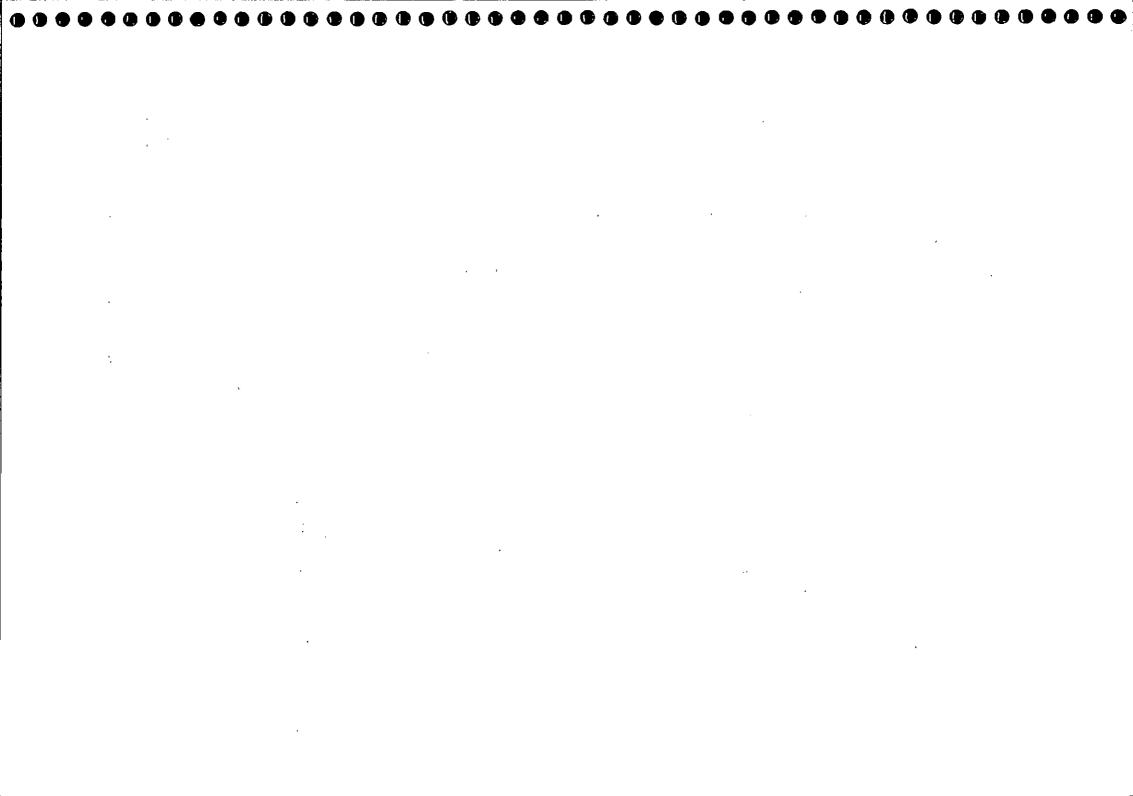
8.1 – QUESTIONÁRIO SOCIO- ECONÔMICO:
Identificação: Data da entrevista:
Hospital:
Prontuário:
Nome:
Sexo: ( ):Feminino ( )-Masculino
Idade? anos Data de nascimento:
Como você se considera:
( ) Branco(a) ( ) Pardo(a) ( ) Preto(a) ( ) Amarelo(a) ( ) Indígena.
Religião:
Estado civil?
( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) / mora com:um(a):companheiro(a)
( ) Separado(a) / oixouriacio(a) / desquitado(a) ( ) Viúvo(a).
Filhos? Quantos?
Qual seu nível de escolaridade?
( ) Ensino Médio
( ) Ensino Médio Incompleto
( ) Ensino Superior ( Completo)
( ) Ensino Superior ( Cursando )



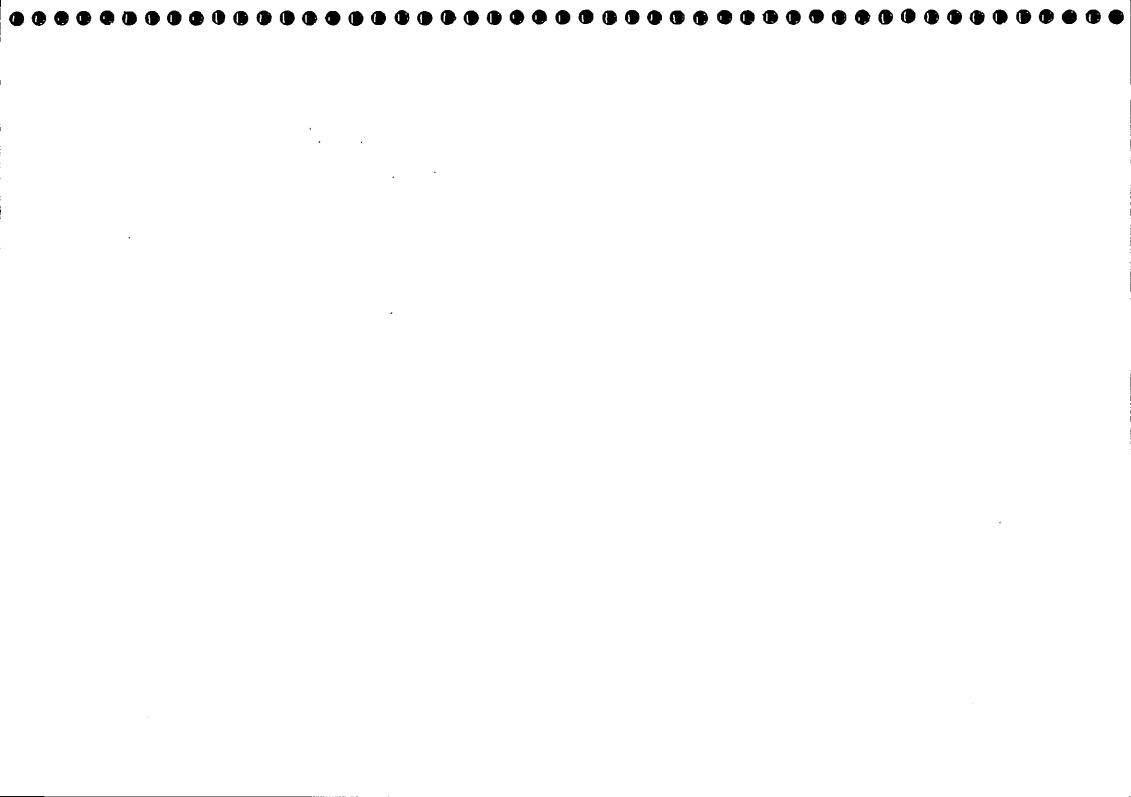
( ) Analfabeto
Renda mensal: salários mínimos
Onde e como você mora atualmente?
( ) Em casa ou apartamento, com minha família.
( ) Em casa ou apartamento, sozinho(a).
( ) Em quarto ou cômodo alugado, sozinho(a).
( ) Em habitação coletiva: hotel, hospedaria, quartel, pensionato, república etc.
( ) Outra situação.
Numero de pessoas que moram na sua casa?pessoas
Você mora na região:
( ) Urbana (cidade)
( ) Rural (fazenda, sítio, chácara, aldeia, vila agrícola, etc.)
Qual seu tipo de câncer?  Data do diagnóstico:
Data do diagnostico.
Qual tratamento você já realizou?
( ) Cirurgia. Tipo?
( ) Quimioterapia
( ) Radioterapia
( ) Hormonoterapia
( ) Nenhum



() Sim De quem?	<del></del>	
( ) Não		
Em sua família exist	e outros casos de câncer?	·
Familiares	Tipo de câncer	Idade do diagnóstico
<del></del>	-	
( )Bem ( ) Você chora alguma		
Você chora alguma ( )Sim Com que fre		( )Não ia antes de ter câncer?
Você chora alguma ( )Sim Com que fre Você perdeu praze ( )Sim Como você vê o fu	ns vezes? qüência? r pelas coisas que você fazi ( )Não turo?	
Você chora alguma ( )Sim Com que fre Você perdeu praze ( )Sim Como você vê o fu ( )Esperançoso Você sente que po	ns vezes? qüência? r pelas coisas que você fazi ( )Não turo? ( )Desanimador	ia antes de ter câncer? seu tratamento es <del>tá totaime</del> nte
Você chora alguma ( )Sim Com que fre Você perdeu praze ( )Sim Como você vê o fu ( )Esperançoso Você sente que po sob o controle dos	ns vezes? qüência? r pelas coisas que você fazi ( )Não turo?	ia antes de ter câncer? seu tratamento est <del>á totalme</del> nte
Você chora alguma ( )Sim Com que fre Você perdeu praze ( )Sim Como você vê o fu ( )Esperançoso Você sente que po sob o controle dos Você se preocupa tratamento do câne ( )Sim ( )Não	ns vezes? qüência? r pelas coisas que você fazi ( )Não turo?	ia antes de ter câncer? seu tratamento est <del>á totaiment</del> o ——— ua família/amigos durante o
Você chora alguma ( )Sim Com que fre Você perdeu praze ( )Sim Como você vê o fu ( )Esperançoso Você sente que po sob o controle dos Você se preocupa tratamento do câne ( )Sim ( )Não Você sente que ou	ns vezes? qüência? r pelas coisas que você fazi ( )Não turo?	ia antes de ter câncer? seu tratamento est <del>á totaiment</del> o ——— ua família/amigos durante o



Você se s	ente fraco?
	( )Não
Você co	sente descansado depois do sono?
()Sim	( )Não
Você dor	me bem?
( )Sim	( )Não
Como é s	eu apetite?
Você sen	te o gosto da comida?
	( )Não
( Joilli	( )Nao
Perdeu p	eso ou ganhou?
Qual a fre	equência da sua atividade sexual?
Você per	sa ou se move mais lentamente do que o normal?
-	
( )SIM	( )Não



#### 8. 2- WHOQOL - ABREVIADO

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

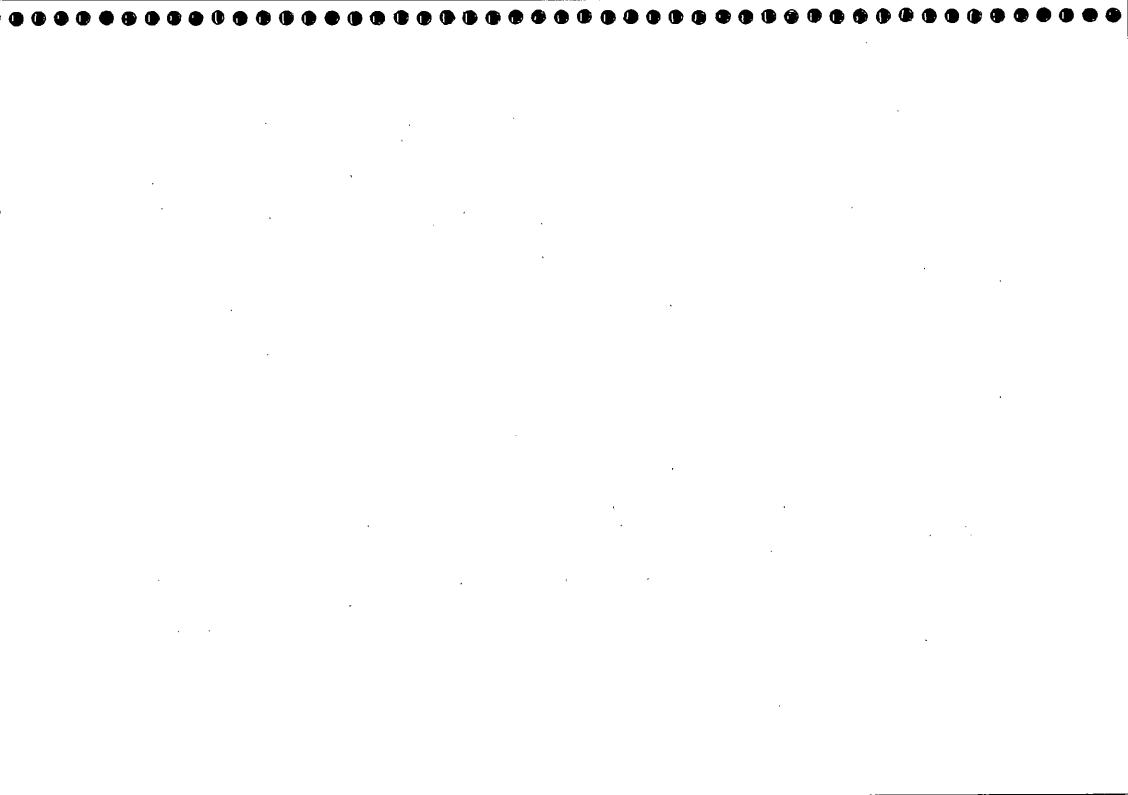
Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

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 que lhe parece a melhor resposta.

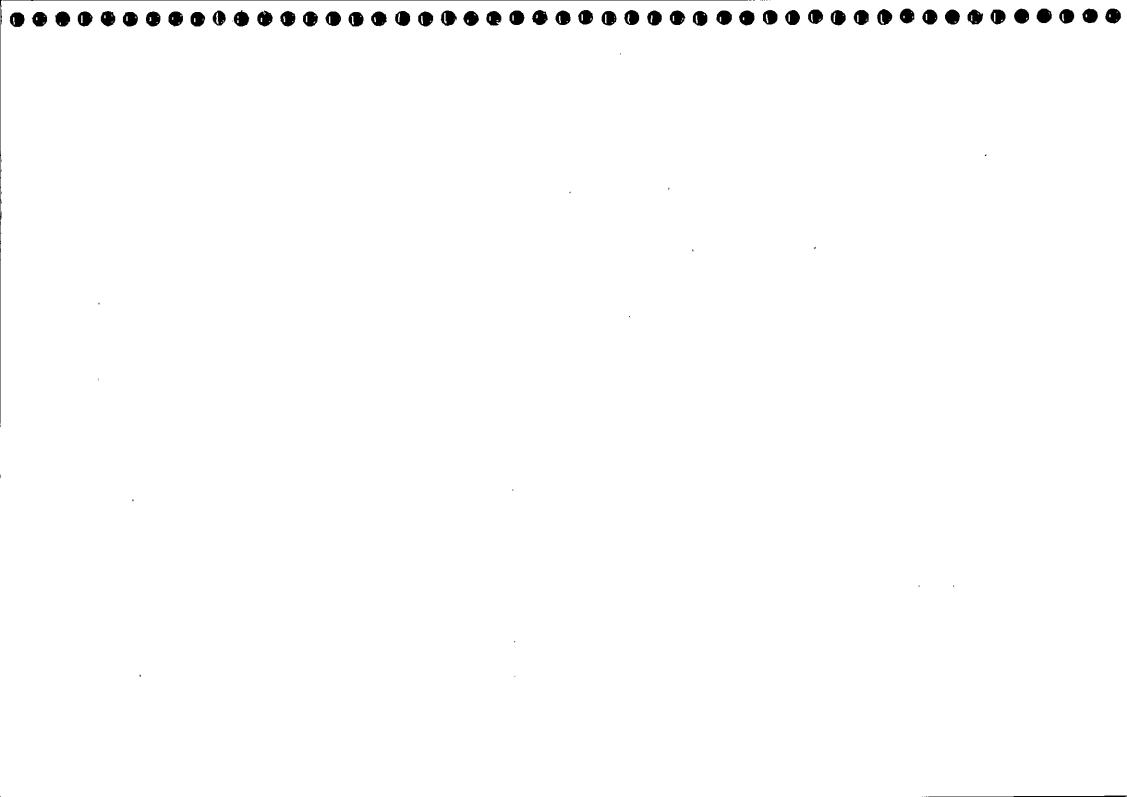


			Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria s qualidade de vida?	sua	1	2	3	4	5

12	Quanto satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5
1				l		

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

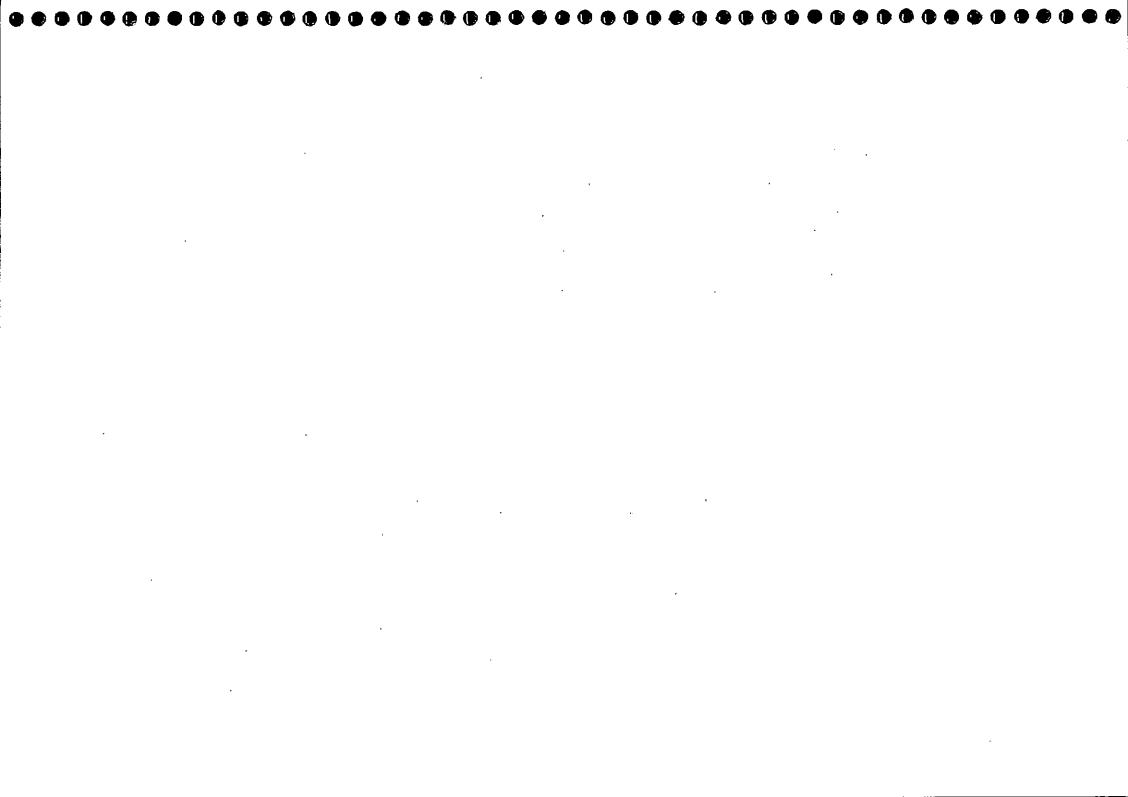
		Nada	Muito	Mais ou	Bastante	Extremamente
			pouco	menos		
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento-médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?					



		1	2	3	4	5
8	Quanto seguro(a) você sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

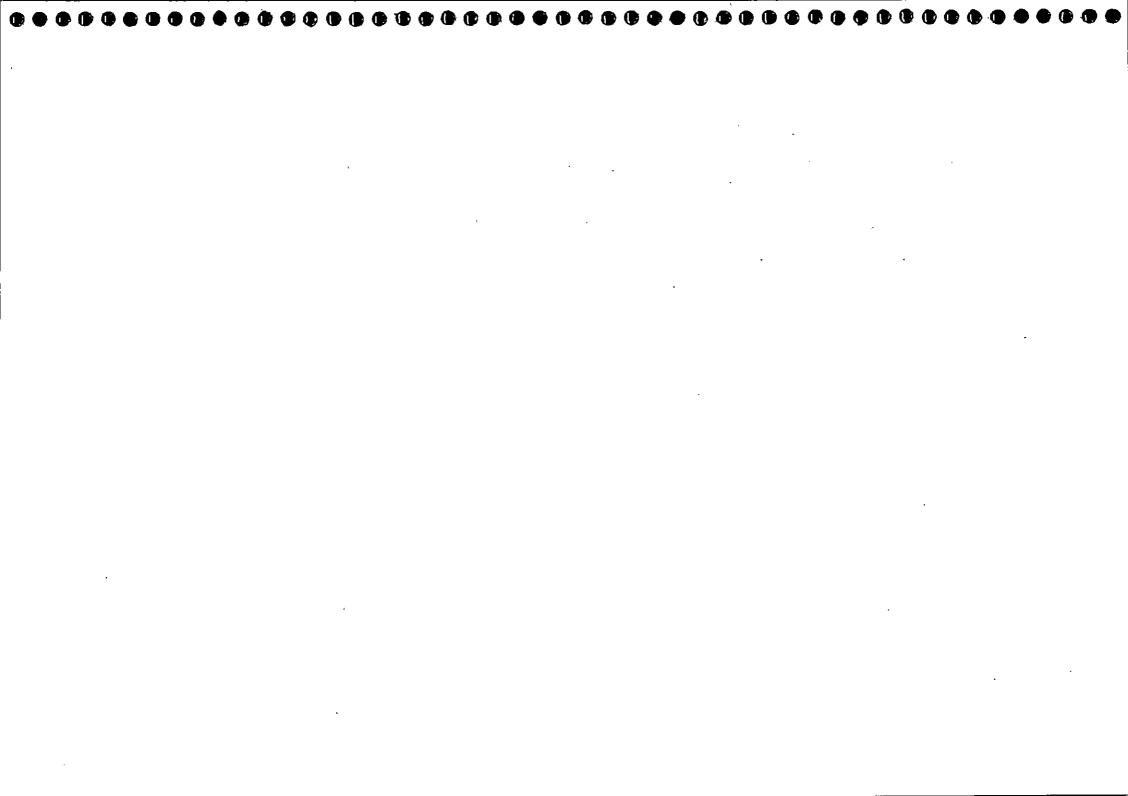
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem-sentido-ou-é-capaz-de-fazer-certas-coisas-nestas-últimas-duas-semanas:

		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	Quanto disponíveis estão para você 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 quanto bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

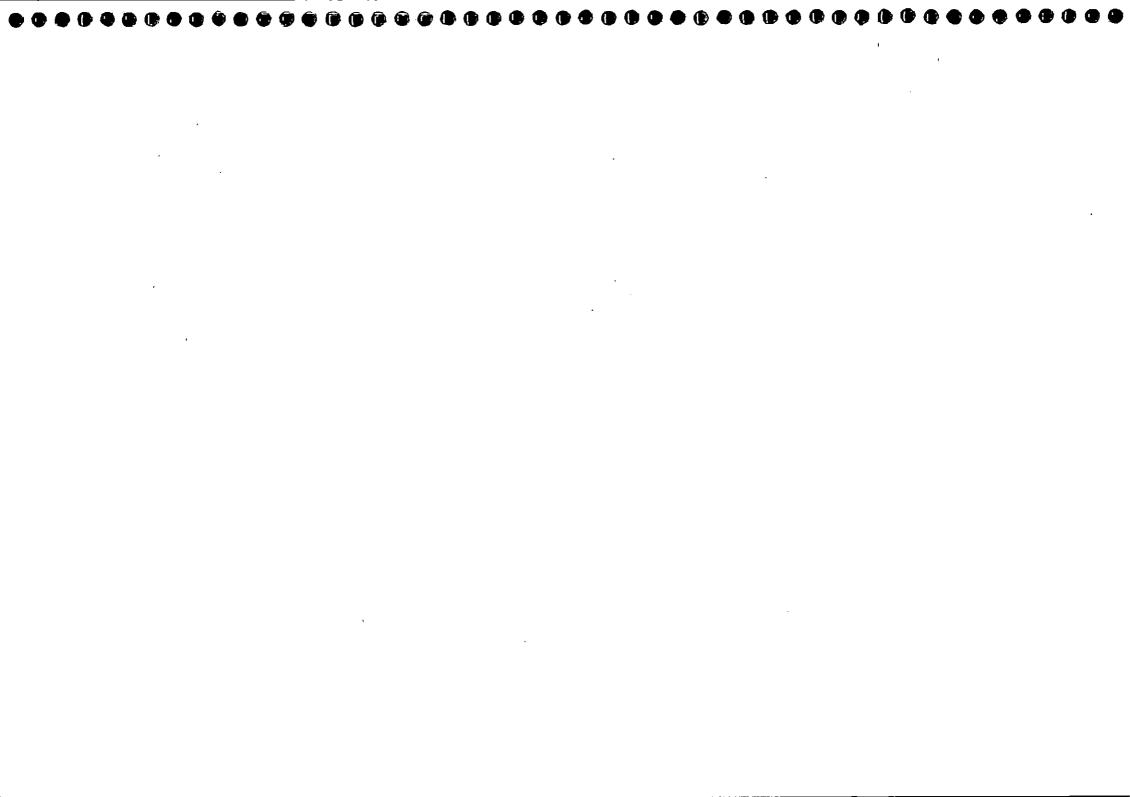
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quanto bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quanto satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3 4		5
17	Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-adia?	7	2	3	4	5
18	Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quanto satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quanto satisfeito(a) voca está com suas reiações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1.	2	3	4	5
21	Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quanto satisfeito(a) você está com o apoio que recebe do seus amigos?		2	3	4	5



23	Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora?	1	2	3	4	5
24	Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quanto satisfeito(a) você está com 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	frequen	muito	sempre
			vezes	temente	frequentemente	
26	Com que freqüência		· ·			
	você tem	. 4		3	4	5
	sentimentos	· 1	.2	ာ	•	
	negativos tais como	•				
	mau					
	humor,desespero,	,				
	ansiedade,				<u> </u>	
	depressão?					



### 8.3 – Escala de Hamilton para avaliação de depressão:

### 1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

- 0. Ausente.
- 1.Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.
- 2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.
- 3.Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
- 4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

#### 2. SENTIMENTOS DE CULPA

- 0. Ausente
- 1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.
- 2. Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações.
- 3. A doença atual é um castigo.
- 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

#### 3. SUICÍDIO

- 0. Ausente.
- 1. Sente que a vida não vale a pena.
- 2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.
  - 3. Idéias ou gestos suicidas.
  - 4. Tentativa de suicídio ( qualquer tentativa séria, marcar 4).

#### 4. INSÔNIA INICIAL

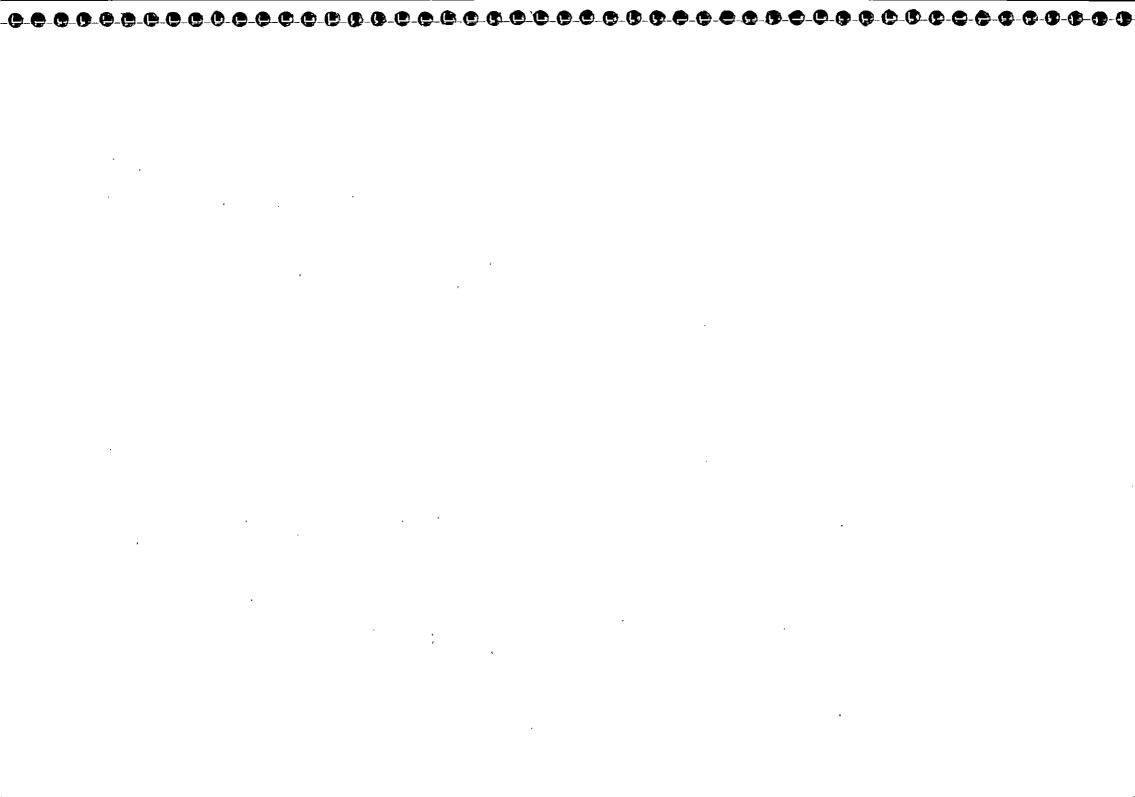
- 0. Sem dificuldades para conciliar o sono.
- 1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
  - 2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

### 5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- 0. Sem dificuldades.
- 1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
- 2. Acorda à noite qualquer saída da cama marcar 2( exceto p/ urinar).

### 6. INSÔNIA TARDIA

Sem dificuldades.



- 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir
- 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

#### 7. TRABALHO E ATIVIDADES

- 0. Sem dificuldades.
- 1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.
- 2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).
- 3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades-externas-(trabalho-hospitalar-ou-passatempo).
- 4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

# 8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

- 0. Pensamento e fala normais.
- 1. Leve retardo à entrevista.
- 2. Retardo óbvio à entrevista.
- 3. Entrevista difícil.
- 4. Estupor completo.

### 9. AGITAÇÃO

- 0. Nenhuma.
- 1. Inquietude.
- 2. Brinca com as mãos, com os cabelos,etc.
- 3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.
- 4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

### 10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- 0.Sem dificuldade.
- 1. Tensão e irritabilidade subjetivas.
- 2. Preocupação com trivialidades.
- 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
- 4. Medos expressos sem serem inquiridos.

### 11.ANSIEDADE SOMÁTICA



Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indisgestão, diarréia, cólicas, eructação;

Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Frequência urinária; Sudorese

- 0. Ausente:
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Grave
- 4: Incapacitante

### 12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

- 0. Nenhum
- 1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdomen
- 2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

### 13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

- 0. Nenhum
- 1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias.

Perda de energia e cansaço.

2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

#### 14. SINTOMAS GENITAIS

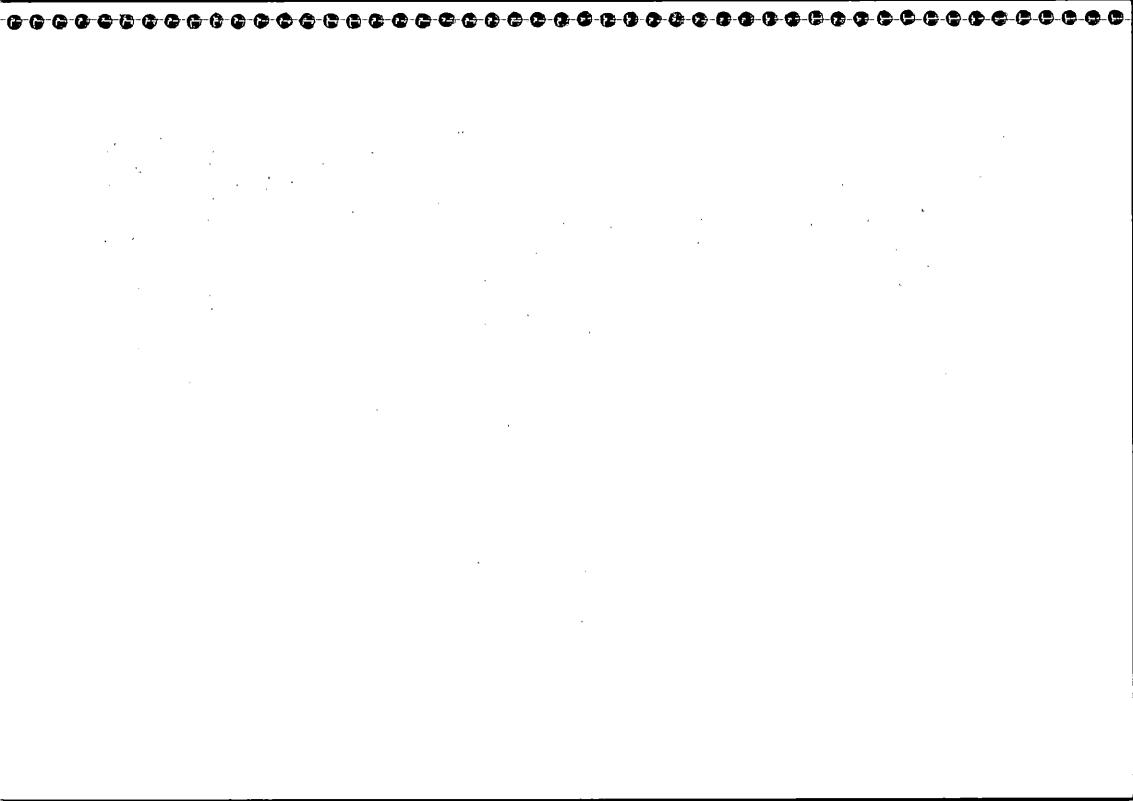
Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

- 0. Ausentes
- 1. Leves
- 2. Intensos

#### 15. HIPOCONDRIA

- 0. Ausente
- 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2. Preocupação com a saúde
- 3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda,etc.
- 4. Idéias delirantes hipocondríacas.

### 16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)



- A Quando avaliada pela história clínica
  - 0. Sem perda de peso.
  - 1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.
  - 2. Perda de peso definida ( de acordo com o paciente)
  - 3. Não avaliada.
- B Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso
  - 0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana.
  - 1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.
  - 2. Mais de 1 Kg de perda por semana.
  - 3. Não avaliada.

#### 17 CONSCIENCIA

- 0. Reconhece que está deprimido e doente.
- Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.
  - 2. Nega estar doente.

### 18. VARIAÇÃO DIURNA

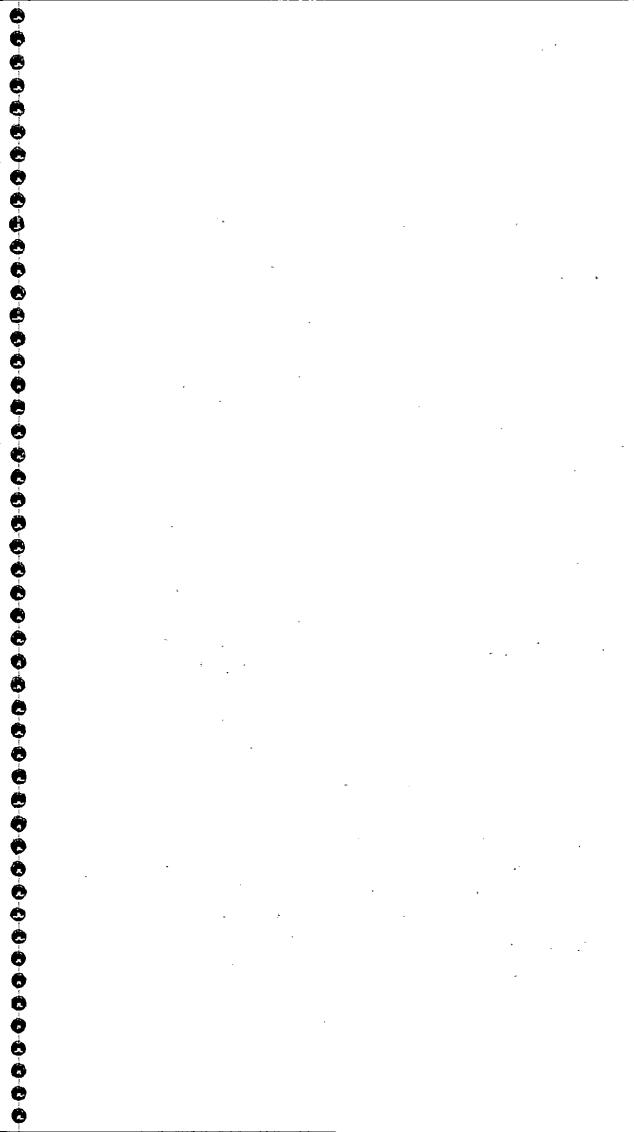
- A Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".
  - 0. Nenhuma
  - 1. Pior de manhã.
  - 2. Pior à tarde.
- B Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.
  - 0. Nenhuma.
  - 1. Leve
  - 2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no ítem 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O ítem 18 A não deve ser computado.

## 19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas

- 0. Ausente
- 1. Leve.
- Moderadas...



-

.

- 3. Graves.
- 4. Incapacitantes.

### 20. SINTOMAS PARANÓIDES

- 0. Nenhum.
- 1. Desconfiança.
- 2. Idéias de referência.
- 3. Delírio de referência e perseguição.

### 21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

- 0. Nenhum.
- 1. Leves.
- 2. Graves.

#### 22. DESAMPARO

- 0. Sente
- 1. Sentimentos subjetivos extraídos apenas pela entrevista.
- 2. Paciente relata espontaneamente sentimentos de desamparo.
- Necessita de insistência, orientação e reasseguramento para completar tarefas.
  - 4. Requer assistência para se vestir, comer ou realizar higiene pessoal.

### 23. DESESPERANÇA

- 0.Ausente
- 1. Dúvida intermitente de que "as coisas irão melhorar", mas pode ser reassegurado.
- 2. Consistentemente de dente desesperançado, mas aceita reasseguramentos.
- 3. Expressa sentimentos de desencorajamento, desespero e pessimismo quanto ao futuro que não podem ser desfeitos.
- 4.Espontânea e inapropiadamente persevera "nunca VOU melhorar" ou equivalente.

#### 24. BAIXA AUTO-ESTIMA

- 0. Ausente
- 1. Indica sentimentos de inutilidade (perda da auto-estima) apenas

quando perguntado.

- 2. Paciente indica espontaneamente sentimentos de inutilidade.
- 3.Difere de (2) acima por grau: paciente relata espontaneamente que é "ruim", inferior".
  - 4. Delírios de inutilidade

Uma formulação sugere que os escores entre 0 e 6 indicam uma pessoa normal em relação à depressão, os escores entre 7 e 17 indicam depressão leve, escores entre 18 e 24 indicam a depressão moderada e escores mais de 24 indicam depressão grave.



### Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

Fundada em 06 de agosto de 1854

Av. Barão do Rio Branco, 3353 - Passos - 36021-630 - Juiz de Fora - MG 30 xx 32 3229-2222 E-mail: santacasa@santacasajf.org.br Fone 0 xx 32 3229-2222 Inscrição Estadual: 367,727208,0087 CNPJ: 21.575.709/0001-95

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA

PROJETO DE PESQUISA: "Qualidade de vida e frequência de depressão em pacientes diagnosticados com câncer em Juiz de Fora" PESQUISADOR RESPONSAVEL: Dr. Guilhenne Henrique Faria do Amaral : INSTITUIÇÃO: Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC - JF ( FAME)

#### PARECER CONSUBSTANCIADO 034/2011

1 – Identificação:

Titulo: "Qualidade de vida e frequência de depressão em pacientes diagnosticados com

câncer em Juiz de Fora"

Pesquisador responsável: Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral Pesquisadores participantes: Cláudia Inácio Carneiro, Conrado Lanferini Frank, Filipe Sartini Andrade, Laís Balbi de Carvalho, Leandro Gil dos Santos Mello, Paula Valente da Silva, Raiana Fortuna Cavaliere, Rodrigo Fonseca Pereira, Gulillermo Patrício Ortega Jácome

Il- Objetivos do Projeto:

Verificar a frequência de depressão em pacientes diagnosticados com câncer.

Verificar o indice de suicidio nesses pacientes

Constatar o acontecimento de depressão em anexo, raça e idades diferentes.

IV- Comentários do relator frente à Resolução 196/96 e suas complementares em particular

Análise de Riscos e Beneficios: Não haverá riscos para os sujeitos da pesquisa Retorno de beneficios para o sujeito e / ou para a comunidade: Este estudo contribuirá paca: uma qualidade de vida melhor para pacientes diagnosticados com câncer acometido ou não de depressão.

Adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e forma de obta la OTCLE apresentado no projeto encontra-se em de acordo com as orientações da CONEP Informações adequadas quanto aos financiamentos: Não existe financiamento



V- Parecer do CEP:

Em relação ao projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de vida e frequência de depressão em pacientes diagnosticados com câncer em Juiz de Fora/MG". Somos de parecer favorável ao estudo, posto que, seu delineamento está em consonância com os propósitos éticos previstos pelas resoluções pertinentes. Este Comitê de Ética em Pesquisa ALERTA para que não seja utilizado neste projeto pessoas menores de 18 anos, uma vez que são menores incapazes civilmente.

Data da aprovação: 21 de junito de 2011 Assinatura do Coordenador:

Ilra. Maria José G. Gondim COORDENADORA DO CEPISCHIE







Ilmo Senhor, Dr. Narciso Francisco Pazinatto, Diretor do Instituto Oncológico de Juiz de Fora

Vimos, por meio desta, apresentar os acadêmicos do 7º período do curso de Graduação em Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (FAME/JF): Cláudia Inácio Carneiro (091-007693), Conrado Lanferini Frank (092-016595), Filipe Sartini Andrade (091-007694)), Laís Balbi de Carvallio (081-020861), Leandro Gil dos Santos Mello (091-007698), Paula Valente da Silva (081-020874), Raiana Fortuna Cavaliere (091-007707) e Rodrigo Fonseca Pereira (091-007708), que estão desenvolvendo o Projeto de Pesquisa intitulado "Qualidade de vida e frequênicia de depressão em pacientes diagnosticados com câncer na cidade de Juiz de Fora - MG", como parte dos requisitos parciais para conclusão do referido curso.

Os supra citados alunos realizarão uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a frequência de depressão e a qualidade de vida em pacientes oncológicos que se

encontram em tratamento na cidade de Juiz de Fora.

Os dados coletados poderão ser usados como fonte de informação para definir o impacto da depressão em pacientes oncológicos quanto à qualidades de vida e impacto sobre a adesão e eficácia do tratamento. O mesmo será executado sob a orientação do Prof. Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral. Os dados serão coletados em hospitais

de referência oncológica desta cidade.

Considerando que os pacientes da pesquisa serão selecionados neste hospital, solicitamos autorização para a realização da mesma. Cabe esclarecer que os trâmites necessários para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos pela Resolução 196/96, serão observados com rigor. O protocolo será apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - MG e só será iniciado após ter sido aprovado por este Comitê. O senhor receberá uma cópia da carta de aprovação tão logo ela esteja disponível.

Colocamos nossa contribuição para o que for necessário e, desde já, contamos

com a vossa valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 28 de abr. de 2011.

Dr. Cézar Carvalho Esteves Coordenador do Curso

Faculdade de Medicina de Juiz de Fora FAME/JF - UNIPAC

Dr. Guilhame Heurique Faria do Amara Orientador da Pesquisa

Faculdade de Medicina de Juiz de Fora **EAME/JF - UNIPAC** 

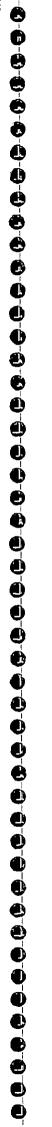
Narcuso Frangisto Pezinatto Diretor da Famoldade de Medicina UNIPAC-Juiz de Fora

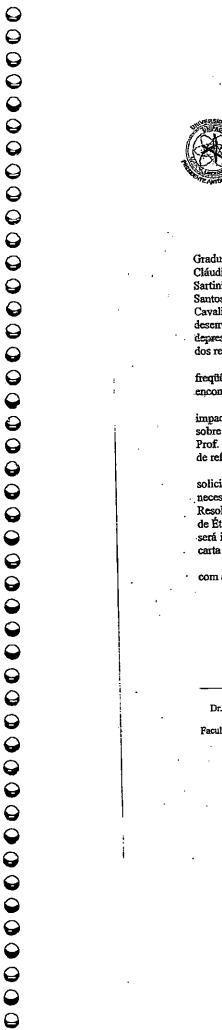
Ho Acrd



## MINISTÈRIO DA SAUDE - Consedio Nacional de Saude - Comissão Nacional de Élica em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (Acresto guaration) o Para presenter o documento, que as indicapões da página 2.

	(versão outubinado ) Par	ra precather a documenta, ase as is	nlicações da pi	giva	<del></del>	
1. Projeto de Pesquisa:					.	
"Qualidade do vida e frequ	iència de depressão em pacientes diagnos	ticados com câncer em Juiz de Fora-	-MG"			
2. Area do Conhecimento (Ver relação no verso)		3. Código: 4.01	4. Nivel: (So a	Nivel: (So áreas do conhecimento 4)		
Medicina  5. Árez(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):		firea temática 3) 1() 11() fti() tV()		
Não se aplica	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				- 381/ 113/	
8. Unitermos: (3 opções) Câncer; Depressão; Qualic	fade de vida.	en os da pesouisa sono	43 43 43 43			
		Portador de Deficiência Mental ( )	Embrião /Feto	() Relac	ão de Dependência	
9. Número de sujeitos No Centro :	(Estudantes, Militares, Presidiários,	etc)() Outros () N	io se aplica (x)			
Total: 204		ISADOR RESEONSA PETER	11000-400			
11. Nome: Guilherme He		Warren Company	1440 / E NOVE 5 1-12			
		19,Endereço (Ruz, n.º );	· · · ·	-T		
12. Identidade: MG - 026896	13. CPF.: 032523836 - 75	Avenida Independencia, n 2118	21. Cidade:		21.UF.	
14, Nacionalidade:	15. Profissão: Psiquiatra	20, CEP: 36025-290	Juiz de Fora		MG	
Brasileiro 16. Maior Titulação:	17. Cargo:	23. Fone; (32)9112 9237	24. Fax			
Pos-graduação 18. Instituição a que perte	Professor-	(32)3234 1122	25. Email:			
UNIPAG-JF (FAME)		annieros do Par CNS 19696 e.s	use 'complement	maral@ig.com.br		
		stos no protocolo e a publicar os r	esultados seiad	eles favy	váveis ou não. Aceito as	
responsabilidades pela co	odução ejemifica do projeto acima.	Car	11/2		<u> </u>	
		// As	sinatura	Company of the		
	NATIONAL CONSTRUCTION	1 29. Findereco (Kun, n.).		·		
26. Nome: Instituto Oncológico		Rus Santes Dumont, nº 56, Bair	ra: Granbery	ranbery Cidade: Juiz de 32: U.F. MG		
27. Unidade Organ: Prin	rado		For2			
28. Participação Estrang		.33. Fonc: (32) 36908000	34. Fax: (32		icipantes no Brasil )	
35. Projeto Multicêntrica	o: Sim ( ) Não (X ) Nacional ( )	Internacional ( ) (Anexar a list	a de todos os C	reitor do	Res CNS 196/96 c suas	
Termo de Compros	misso ( do responsável pela institui o está instituição tem condições paro o de	senvolvimento deste projeto, autorizo	srz execució			
Nome: Narcisio Francis	co Pazinatto	- Car <b>(D)</b>		Previoto		
Dan: 28,04	<u>,2011</u>			153	<del></del>	
	CONTRACTOR CONTRACTOR	NADOR - Nadarah	X.			
36. Nome:	SELECTION OF STREET, S	39. Endereço				
l		40, CEP:	41. Cidade:		42. UF	
37. Responsavel:	<u></u>	43. Fone:	44: Fex:		<u>l                                   </u>	
38. Cargo/Função:			''''	i i i i i i i i i i i i i i i i i i i		
	TO SECURITE A	ie piłgwem peso (isa 20	48. Não Ap			
45, Data de Entreda:	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado ( )	1	Jourson	<b>,</b>	
		Data:	Data:	<u> </u>	<del>-</del>	
49. Relatório(s) do Pesa	dnisagos sesbouzaner bicaisto(z) bain:	Date: / /	Datar	1		
Encaminho a CONEP:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	53. Coordenador/Nome		Апетаг	o parecer consubstanciado	
apreciação ( )	a registro (=) 51. O projeto para	- · · · · ·	Assinatura		·	
52. Data:/	<u>/</u>			***********		
	COMISSÃO NACIO	NATIDE ETICA EM PESO SI S7. Registro na CONEP:	SAFCONER			
54. Nº Expediente :	56.Data Recebimento:	2V tesista us courer:				
55. Processo:					<del></del>	
58. Observações:	•	. •				
1 .			·	<u> </u>		







Ilmo Senhor, Dr. João Paulo Vieira, Diretor do ASCOMCER - Juiz de Fora - MG

Vimos, por meio desta, apresentar os acadêmicos do 7º período do curso de Graduação em Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (FAME/JF): Cláudia Inácio Carneiro (091-007693), Conrado Lanferini Frank (092-016595), Filipe Sartini Andrade (091-007694)), Laís Balbi de Carvalho (081-020861), Leandro Gil dos Santos Mello (091-007698), Paula Valente da Silva (081-020874), Raiana Fortuna Cavaliere (091-007707) e Rodrigo Fonseca Pereira (091-007708), que estão desenvolvendo o Projeto de Pesquisa intitulado "Qualidade de vida e freqüência de depressão em pacientes diagnosticados com câncer em Juiz de Fora — MG", como parte dos requisitos parciais para conclusão do referido curso.

Os-supra citados alunos realizarão uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a frequência de depressão e a qualidade de vida em pacientes oncológicos que se

encontram em tratamento na cidade de Juiz de Fora.

Os dados coletados poderão ser usados como fonte de informação para definir o impacto da depressão em pacientes oncológicos quanto à qualidades de vida e impacto sobre a adesão e eficácia do tratamento. O mesmo será executado sob a orientação do Prof. Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral. Os dados serão coletados em hospitais

de referência oncológica desta cidade.

Considerando que os pacientes da pesquisa serão selecionados neste hospital, solicitamos autorização para a realização da mesma. Cabe esclarecer que os trâmites necessários para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos pela Resolução 196/96, serão observados com rigor. O protocolo será apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - MG e só será iniciado após ter sido aprovado por este Comitê. O senhor receberá uma cápia da carta de aprovação tão logo ela esteja disponível.

Colocamos nossa contribuição para o que for necessário e, desde já, contamos

com a vossa valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 29 de abril de 2011

Dr. Cézar Carvalho Esteves Coordenador do Curso

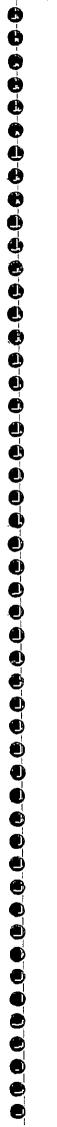
Coordenador do Curso Faculdade de Medicina de Juiz de Fora

FAME/JF - UNIPAC

Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral Orientador da Pesquisa

Faculdade de Medicina de Juiz de Fora

SFAME/IE LINIPAC



## 

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Consciho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão gatubra99) Para presencher o documento, ase as ladicações da página 2.

	. ( VEF120 Caldolas >> / 1 210	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		<del></del>		
1. Projeto de Pesquisa:	<del></del> -					
	ência de depressão em pacientes diagnost			a somborio sobre Al		
Area do Conhecimento (Ver relação no verso)  Medicina		3. Código: 4.01	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) B			
Não se aplica		6. Código(s):	7. Fase: (Só área tem	. Fase: (Só área temática 3) I() II() III() IV()		
8. Unitermos: (3 opções)						
Câncer, Depressão, Qualid	ade de vida.	ITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : Total: 204	(Estudantes , Militares, Presidiários, e	<b>I</b>				
	PESQUI	SADOR RESPONSAVEL				
11. Nome: Guilherme Hen	rique Faria do Amaral			_		
12. Identidade:	13. CPF.:	19.Endereço (Rua, n.º):				
MG - 026896 14. Nacionalidade:	032523836 - 75 15. Profissão:	Avenida Independência, n 2118 20, CEP:	21. Cidade:	22.U.F.		
Bresileiro	Priquistra	36025-290	Juiz de Fora	MG		
16. Major Titulação:	17. Cargo:	-23. Fone:	24. Fax			
Pos-graduação	Professor	(32) 91 12 9237	25. Email:			
18. Instituição a que pertence: -UNIPAC IF (FAME).		1''	guilhermefæmæral@ig.com.br			
~	so: Declaro que conheço e cumprirei os.	remisitos da Res. CNS 196/96 9 Si	ias complementares. C	comprometo-me. a utilizar os		
materiais e dados coletad	ios exclusivamente para os fara previsio	os no protocolo e a publicar os n	ESCHOLING THE STATE OF THE STAT	avuraveis ou não. Acento 25		
Data: 20 /	dução ejentifica do projeto acima. 24   2544		SHIP I			
1		Ass	Tractural			
	A PROTUCIO	O ONDE SERA: REM: DAD 29. Endezeço (Rua, nº): Avenida	Independencie nº 350	n Bairroy Cuccutinha		
26. Nome: ASCOMCER		-25, Principle (Killa, II-). Avenua				
27. Unidade/Orgão: Estadual/ Hospital Filantrópico		30. CEP: 36.025,290	31, Cidade: Juiz de Fora	32. U.F. MG		
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não ( X ) 33. Fone: (32) 33114000 34. Fax.: (32) 33114032						
	Sim ( ) Não (X) Nacional ( ) In			edicipantes no Brasil )		
Termo de Comprom Complementares e como o	isso ( do responsável pela instituiçã esta instituição tem condições para o desc	o ) :Declaro que conheço e cum nvolvimento deste projeto, autorizo	prirei	da Rex. CNS 196/96 e suas : los		
Nome: Dr. João Paulo Vi	eira.	Cargo: Diretor	Cargo: Director			
Date: 29 , 0.4 /	204					
	·		sinatura	** <del>(</del> 2;-		
	A PARKING IN	ADOR Nig is in	H (X ) -			
36. Nome:		35. Enders o				
37, Responsável:		49. CEP:	41. Cidade:	42. UF		
38, Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fex:			
	COMITÉ DE	E HEA EMPESQUISA - CE	ė.			
45. Data de Entrada:	46. Registro no CEP:	47. Conclusão; Aprovado ( )	48. Não Aprovado (			
1 1		Data: /	Data:	<u></u>		
	isador responsável previsto(s) pare:		·	<del></del>		
		Data: / /	Data: /	<u>,                                    </u>		
Encaminho a CONEP:	-airtra (~) 51 O mairte nara -	53. Coordenador/Nome	Anex	r o parecer consubstanciado.		
SO: Os dados acines para registro (-')51. O projeto para - apreciação ( )		l		•		
52. Date: / /		Assinatura				
	San	AL DE LEAGE ME LESOUIS	A CONER -			
54. N° Expediente:	56.Data Recebimento:	a Recebimento: 57. Registro na CONEP:				
55. Processo :		<u></u>				
58. Obsesvações:						

FLUXOGRAMA PARA PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS (JAN99)

