



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

Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora - FAMEJF

QUALIDADE DE VIDA E PREVENÇÃO DEPRESSÃO EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER, EM JUÍZ DE FORA - MG

Cleúlia Inácio Carneiro
Conrado Lantieri Frank
Filipe Saito Andrade
Lais Saito de Carvalho
Leonardo Gil dos Santos Mello
Paula Vilela de Silva
Rafaela Fortuna Cavallero
Rodrigo Fonseca Pereira

Orientador:
Prof. Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral

Co-orientadores:
Prof. Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral
Prof. Msc. Lúcia Helena de Espírito Santo

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)**



AGRADECIMENTOS

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.....	viii
ABSTRACT.....	x
1-INTRODUÇÃO.....	1
2-JUSTIFICATIVA.....	4
3-OBJETIVOS.....	4
3.1 Geral.....	4
3.2 Específicos.....	4
4-MATERIAL E MÉTODOS.....	5
5-RESULTADOS.....	6
6-DISCUSSÃO.....	16
7-CONCLUSÃO.....	21
8-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	



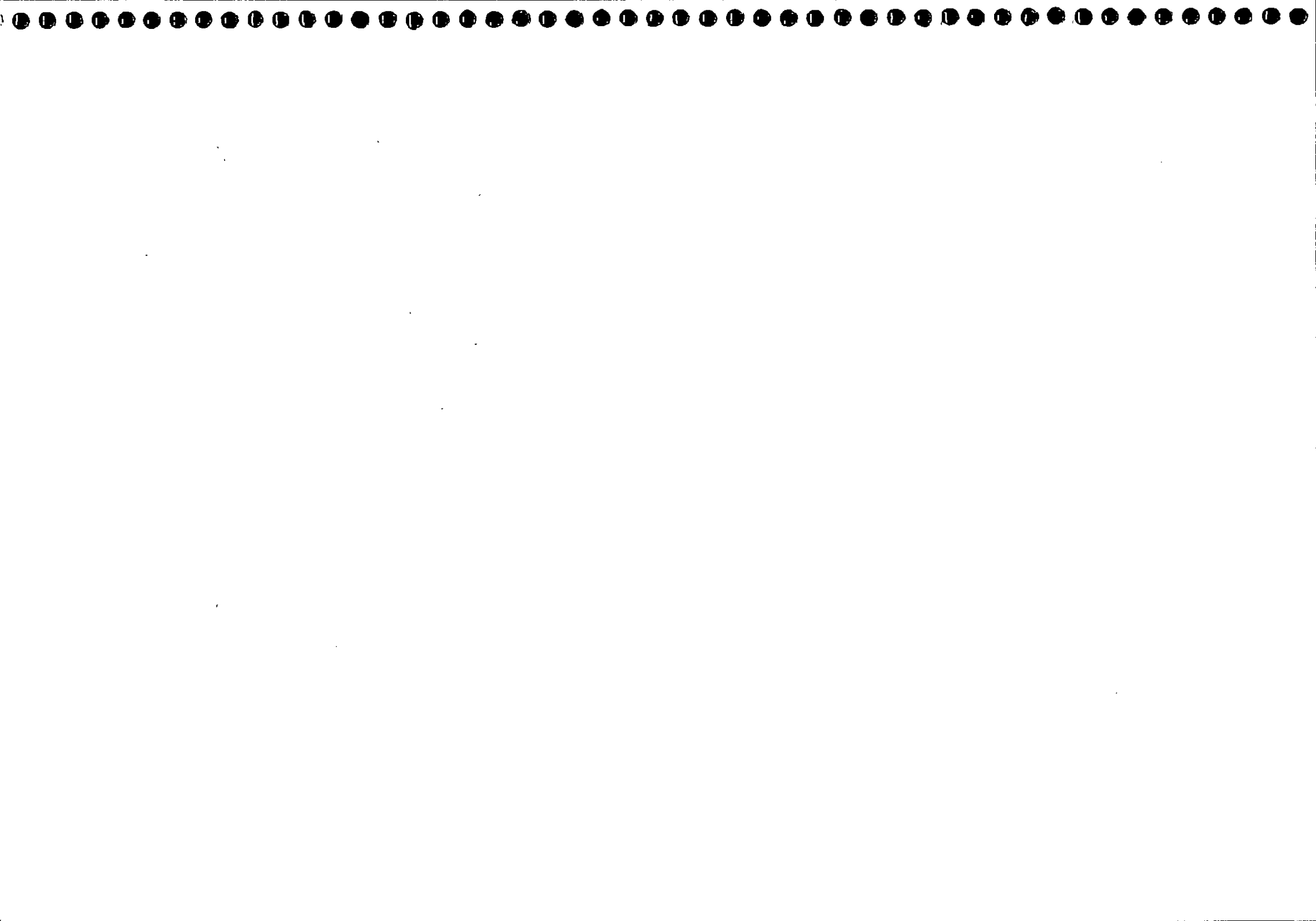
LISTA DE TABELAS

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



LISTA DE FIGURAS

FIGURA	Páginas
FIGURA 1 – Número de pacientes relacionados ao sexo e hospital.	7
FIGURA 2 – Frequência dos tipos de câncer dos pacientes avaliados.	7
FIGURA 3 – Como os pacientes vêem 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-suicidas	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, perda 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 frequência 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 frequência 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 nex



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 disturbance, psychomotor changes, decreased energy, feelings of 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 (ASCOMGER) 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 Misericórdia 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 low depression, 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.

Indivíduos com câncer e outras condições médicas graves, comorbidades e com a possibilidade de morte, têm sido submetidos a tratamentos sistêmicos e terapêuticos de intensificação (Raisner et al., 2003).

Práticas e técnicas de tratamento em diagnóstico de câncer experimentalmente diferem níveis de eficácia de respostas e toxicidade (Watson et al., 2000). O modo de morte, a intensificação dos planos de vida, mudanças na margem corporal e sustentação, manutenção no papel social e estilo de vida e as preocupações imediatas e futuras são questões importantes na vida de qualquer pessoa com câncer (Givert et al., 2000).

Câncer é uma doença que se caracteriza pelo crescimento desordenado de células, invadindo tecidos e órgãos. Elas multiplicam-se rápido e fazem a ser agressiva e a invasão, tornando assim tumores malignos que se disseminam por todo o organismo. Ela pode causar várias consequências (efeitos) a longo prazo ou consequências imediatas (efeitos) e imediatas (efeitos) de tratamento. Essas consequências são: dor, sangramento, perda de peso, perda de apetite, perda de força, perda de capacidade de trabalhar, perda de capacidade de cuidar de si mesmo, perda de capacidade de cuidar dos outros, perda de capacidade de cuidar da família, perda de capacidade de cuidar da sociedade, perda de capacidade de cuidar do mundo. Hoje o câncer pode ser considerado um problema de saúde pública, pois ocupa o terceiro lugar em causas mortais e a segunda por doença (IICA, 2010).

Dados do Instituto Nacional do Câncer apontam uma sinetose das estatísticas de incidência dos tipos de câncer de maior magnitude, no ano de 2010. No câncer de mama o risco estimado foi de 48 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 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 14 casos novos a cada 100 mil homens, o câncer de colon e reto foi de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 12 para cada 100 mil mulheres. O câncer de bexiga foi de 35 casos a cada 100 mil homens e 14 para cada 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 (Baummeister et al., 2005). A identificação precoce e o adequado tratamento são imprescindíveis no grupo de pacientes portadores

estudo de desenvolvimento da linguagem em crianças com deficiência intelectual. O estudo foi realizado em uma escola especial para crianças com deficiência intelectual, localizada em São Paulo, Brasil. O objetivo principal do estudo foi investigar o desenvolvimento da linguagem em crianças com deficiência intelectual, com foco na compreensão e na produção da linguagem oral e escrita.

2.1.1.

O estudo foi realizado em uma escola especial para crianças com deficiência intelectual, localizada em São Paulo, Brasil. O objetivo principal do estudo foi investigar o desenvolvimento da linguagem em crianças com deficiência intelectual, com foco na compreensão e na produção da linguagem oral e escrita. O estudo foi dividido em duas partes: a primeira parte abordou a compreensão da linguagem oral e escrita, e a segunda parte abordou a produção da linguagem oral e escrita. O estudo foi realizado com uma amostra de 20 crianças com deficiência intelectual, com idades entre 6 e 10 anos.

2.1.2. (Lima, 1997)

O estudo foi realizado em uma escola especial para crianças com deficiência intelectual, localizada em São Paulo, Brasil. O objetivo principal do estudo foi investigar o desenvolvimento da linguagem em crianças com deficiência intelectual, com foco na compreensão e na produção da linguagem oral e escrita. O estudo foi dividido em duas partes: a primeira parte abordou a compreensão da linguagem oral e escrita, e a segunda parte abordou a produção da linguagem oral e escrita. O estudo foi realizado com uma amostra de 20 crianças com deficiência intelectual, com idades entre 6 e 10 anos. O estudo foi realizado com o objetivo de investigar o desenvolvimento da linguagem em crianças com deficiência intelectual, com foco na compreensão e na produção da linguagem oral e escrita. O estudo foi dividido em duas partes: a primeira parte abordou a compreensão da linguagem oral e escrita, e a segunda parte abordou a produção da linguagem oral e escrita. O estudo foi realizado com uma amostra de 20 crianças com deficiência intelectual, com idades entre 6 e 10 anos.

2.1.3. O estudo foi realizado em uma escola especial para crianças com deficiência intelectual, localizada em São Paulo, Brasil.

2.1.4. O estudo foi realizado em uma escola especial para crianças com deficiência intelectual, localizada em São Paulo, Brasil.

O estudo foi realizado em uma escola especial para crianças com deficiência intelectual, localizada em São Paulo, Brasil. O objetivo principal do estudo foi investigar o desenvolvimento da linguagem em crianças com deficiência intelectual, com foco na compreensão e na produção da linguagem oral e escrita. O estudo foi dividido em duas partes: a primeira parte abordou a compreensão da linguagem oral e escrita, e a segunda parte abordou a produção da linguagem oral e escrita. O estudo foi realizado com uma amostra de 20 crianças com deficiência intelectual, com idades entre 6 e 10 anos.

desta patologia, interferindo na qualidade de vida destes, pois ela relacionado a patologias menos agressivas (Pasquini et 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 (Paice et al., 2002; Leeuw, 2001).

A resposta inicial de um paciente a um diagnóstico de câncer pode se estender por vários dias a semanas, e podem incluir sentimentos de incredulidade, negação ou desespero. Esta resposta é parte de um espectro de sintomas depressivos que vão desde a tristeza à depressão do transtorno de ajustamento do humor para uma depressão maior (Block et al., 2000). Por outro lado, esta pode começar como um período disfórico marcado 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 suicida na ocasião do diagnóstico (10%) e na recorrência (14%). Os fatores de risco para o suicídio 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 (Fawzy et 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

total patológica, interferindo na qualidade de vida destes. Para a relação da patologia com as alterações (Fawzy et al., 2003).

Avaliação do impacto do câncer deve incluir a análise cuidadosa dos sintomas, tratamento dos efeitos, os resultados laboratoriais de dados e estado físico e o estado mental. Embora a etiologia da doença seja em grande parte desconhecida, muitos fatores de risco para a mesma são conhecidos (Fawzy et al., 2003; Fawzy, 2001).

A resposta inicial de um paciente a um diagnóstico de câncer pode ser afetada por vários fatores e sintomas, e podem incluir sentimentos de incapacidade, negação ou desespero. Em resposta é feito o diagnóstico de sintomas depressivos que vão desde a irritabilidade do transtorno de ajustamento comum para uma depressão maior (Block et al., 2000). Por outro lado, esta pode começar como um período distóncormarcado por uma crise aguda, neste caso o indivíduo vai experimentar sintomas de ansiedade, ansiedade e medo sobre o futuro (Spencer et al., 1998).

Pacientes com câncer podem apresentar ideias suicidas no caso de diagnóstico (10%) e na recidiva (14%). Os fatores de risco para o suicídio em pacientes oncológicos incluem-se entre, um episódio depressivo, dor não controlada, doença maligna avançada com prognóstico reservado, diagnóstico, concomitância de depressão, negatividade de caráter e sexo masculino, preocupação de dano à imagem e sensação de perda de controle, fadiga e exaustão (Fawzy et al., 1998). Tradicionalmente, a abordagem terapêutica é avaliada em termos oncológicos, 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 de qualidade de vida. O impacto da doença e do seu tratamento, sobre a qualidade de vida do doente, não pode ser reconhecido caso não se reconheça a qualidade de vida do doente. Assim, a necessidade de se estabelecer o impacto da doença e do seu tratamento, sobre a qualidade de vida do doente, é reconhecida. Mas os resultados do tratamento do câncer (Jadot, Kijeghem, 1999).

A qualidade de vida é a percepção do indivíduo em relação aos seus objetivos, suas expectativas e prioridades, levando em conta 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

3.2.1 Avaliar 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.

o, ovrreldue e clams ofa rroo mu e mrore ubnoe? rovv sup me dlam o e levrulo
 o asoudequmt reberdilduaraq sub ueerqumq oleq levr-moqqer obia me! leup
 A (leu00s ,is is mull) is mro au eouu avertu ob uoludogumq oo ahotham slaq
 auro mo ,aurogati eouumud substiauoar aa nique eouuq sdiv eu shudileup

.0000s augum00) aiaurique e aiauna .soolgeluolag ,eouu! wiooqqas

ob e ebsuov eu sdiv ob astra .auroqeb eueu! asoob oamoua O

meo sdiv et subdileup A mu rroa et ofia! roq o000s e mro ohaenthemumuo
 sdu aiaq acmim ad rroo n et rroa! e rroq sdiv de mu rroo eouup ,ameesiq
 ,eshudileuouveset mro .ameesae e rrooqqas ad rrothi me levrules aiaur sdiv
 aso000moo asoon reallab sh aurore ahastroum aiaur o e leute oiaonon o eup
 .sdiv ad eouuui

AMTACHTSUL 2

soigdeluolag o00ume eb auroqqer robrseuqumq shonhluqni eouumq ob e
 o00umis eue eup et rroo0o mro asuio0m! me o0asouqen ab eouneuppi! a e
 os eloupebe eiseqqer e o00a000s oolh0000m en ,e0iv eu eou0ileup ar iul0i
 ome0m0000

SOVITELSC-2

isre0 00

mro eobse0aoungis e000000! me u000000000 ad aia00000i e re0000v

.leu000

soolueqes 2.0

sh uol000000 o eura asinaoer me rro! eu uol00000 e 0000000.0.0

.re0000

asinaoerq aciaer o00000 eb so000i o re0000v e 0.0

00000 e eou! 000000000000 eb u0000000000000 o 00000000 0.0.0

.a00000000

4 - METODOLOGIA

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 25 ou 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

O estudo foi realizado em 2011, durante o período de junho a outubro de 2011, em um estudo observacional, com caráter qualitativo, realizado no Hospital Geral de São Paulo (HGP) e Associação Feminina de Profissionais e Empreendedores (AFPE) no bairro de São Paulo.

O estudo foi realizado em um ambiente de trabalho, com a participação de profissionais da área de saúde, com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais da área de saúde sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de mama.

O estudo foi realizado em um ambiente de trabalho, com a participação de profissionais da área de saúde, com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais da área de saúde sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de mama.

A pesquisa foi realizada em um ambiente de trabalho, com a participação de profissionais da área de saúde, com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais da área de saúde sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de mama.

O estudo foi realizado em um ambiente de trabalho, com a participação de profissionais da área de saúde, com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais da área de saúde sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de mama.

O estudo foi realizado em um ambiente de trabalho, com a participação de profissionais da área de saúde, com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais da área de saúde sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de mama.

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 comparar variáveis contínuas 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.

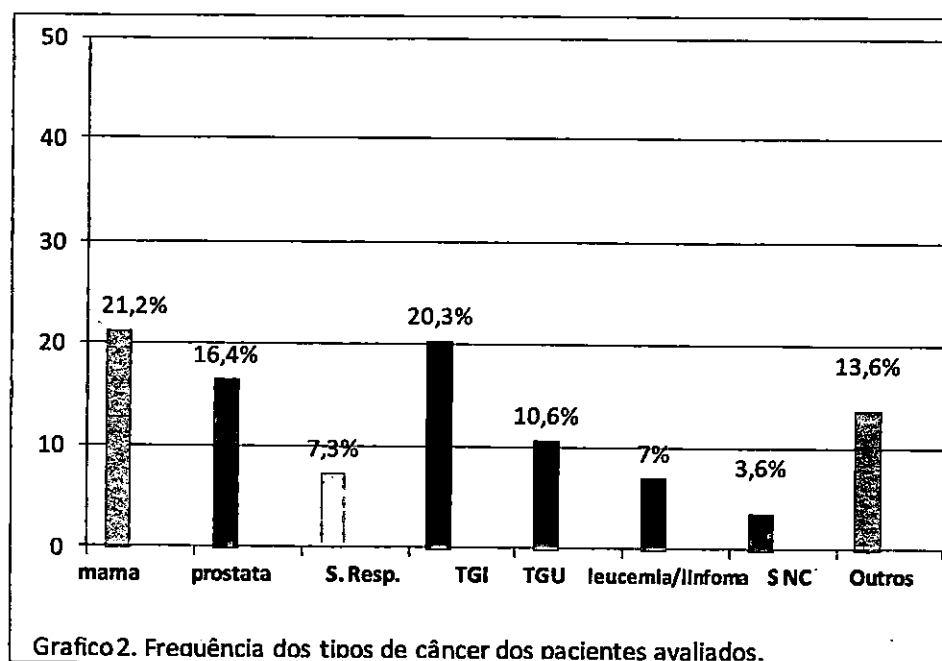
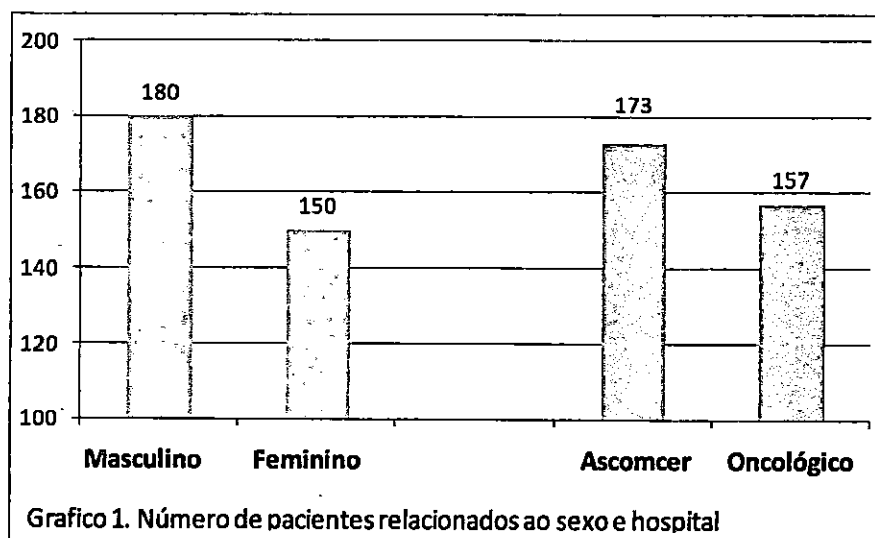
Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram mantidos em absoluto sigilo e de forma alguma será divulgada a identificação dos pacientes.

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 situa-se 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,

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 gastrointestinal (20,3%) e próstata (16,4%) (Tabela 2, Gráfico 2).

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

	Sexo						p-valor
	Masculino		Feminino		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
<40	5	3,3	20	11,1	25	7,6	0,002
41 - 65	85	56,7	114	63,3	199	60,3	
>65	60	40,0	46	25,6	106	32,1	
Total	150	100,0	180	100,0	330	100,0	
Raça							
Branco	78	52	94	52,2	172	52,1	0,528
Não brancos	72	48	86	47,8	158	47,9	
Naturalidade							
Juiz de Fora	48	32,0	68	37,8	116	35,2	0,493
MG	93	62,0	100	55,6	193	58,5	
Fora de MG	9	6,0	12	6,7	21	6,4	
Escolaridade							
Ensino Médio	25	16,7	32	17,8	57	17,3	0,751
Ensino Médio Incompleto	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	

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

possível causa hereditária, 7,3% acreditam poder ser pelo tabagismo e 4,2% definidos por eles com um aborrecimento prévio (Gráfico 4).

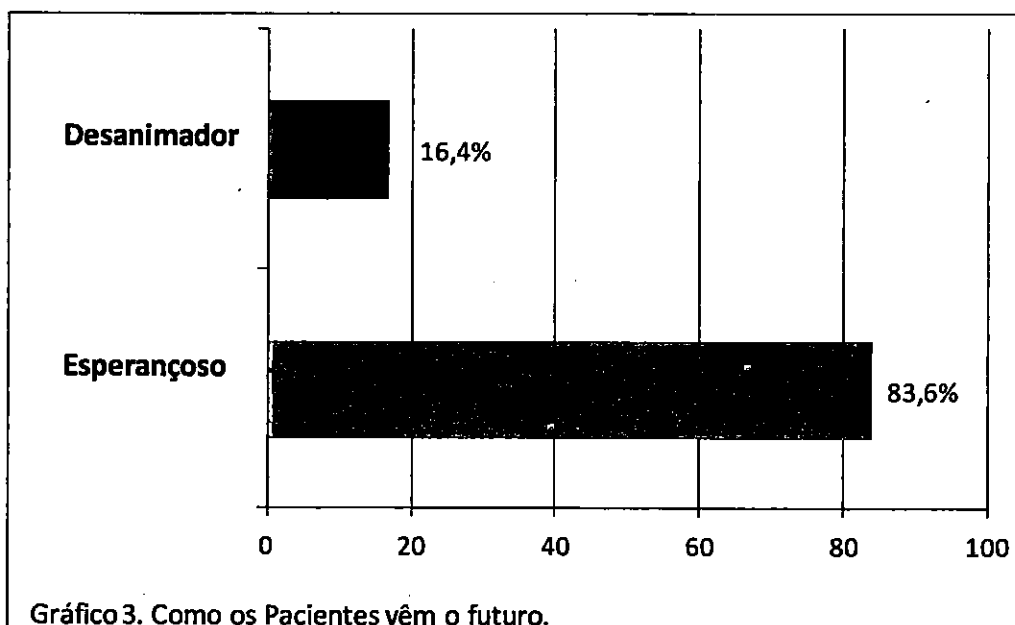


Gráfico 3. Como os Pacientes vêem o futuro.

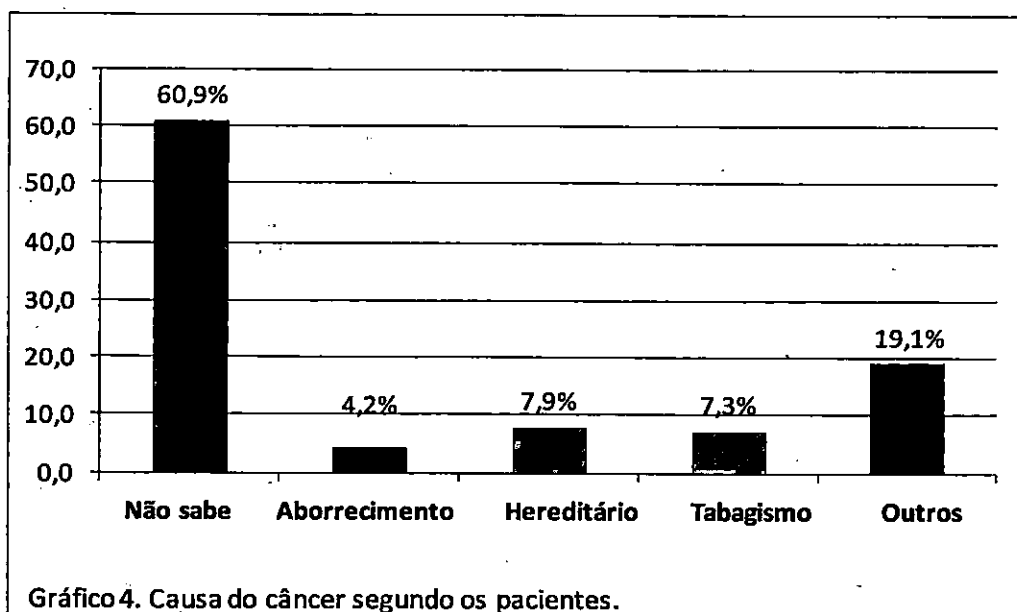
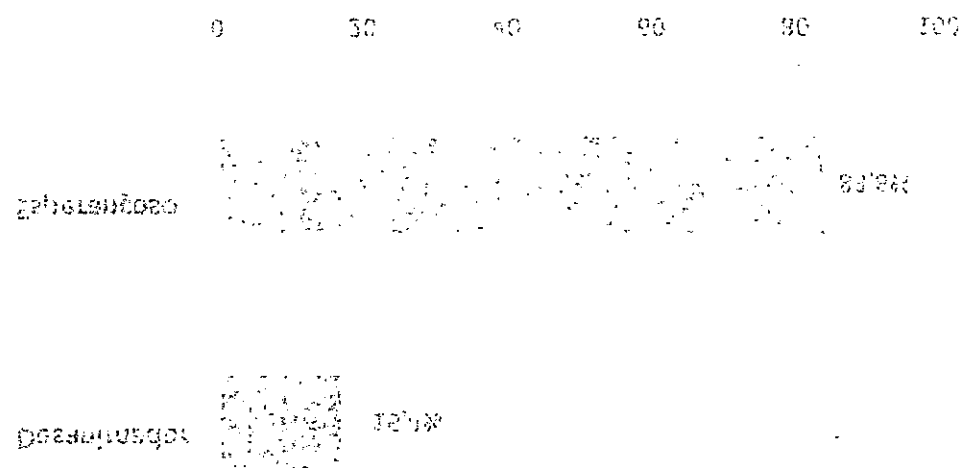


Gráfico 4. Causa do câncer segundo os pacientes.

Հիմնական տվյալներ և արդյունքներ:

Գործարար	Մեծ առևտուր	Վրճարարություն	Կապիտալ	Դրամական	Գնաձեռք
0%	100%	100%	100%	100%	100%
10%	90%	90%	90%	90%	90%
20%	80%	80%	80%	80%	80%
30%	70%	70%	70%	70%	70%
40%	60%	60%	60%	60%	60%
50%	50%	50%	50%	50%	50%
60%	40%	40%	40%	40%	40%
70%	30%	30%	30%	30%	30%
80%	20%	20%	20%	20%	20%
90%	10%	10%	10%	10%	10%
100%	0%	0%	0%	0%	0%

Հիմնական տվյալներ և արդյունքներ:



Հիմնական տվյալներ և արդյունքներ (Հիմնական տվյալներ)

Հիմնական տվյալներ և արդյունքներ (Հիմնական տվյալներ)

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

Tipo de Câncer	Hospital						p-valor
	Ascomcer		Oncológico		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Mama	47	27,2	23	14,6	70	21,2	0,001
Próstata	34	19,7	20	12,7	54	16,4	
Sistema Respiratório	12	6,9	12	7,6	24	7,3	
Trato Gastrointestinal	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	
Atendimento							
Ambulatorial	32	18,5	36	22,9	68	20,6	0,000
Enfermaria	29	16,8	99	63,1	128	38,8	
Controle	112	64,7	22	14,0	134	40,6	
Hamilton (24)							
Normal	88	50,9	62	39,5	150	45,5	0,020
Leve	68	39,3	61	38,9	129	39,1	
Moderada	11	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	

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).

Tabela 2 - Avaliação da influência da duração da exposição ao ruído na ocorrência de doenças ocupacionais

Doença	Exposição < 10 anos		Exposição 10-20 anos		Exposição > 20 anos	
	n	%	n	%	n	%
Doença ocupacional	10	10,0	10	10,0	10	10,0
Doença não ocupacional	90	90,0	90	90,0	90	90,0
Total	100	100,0	100	100,0	100	100,0
Doença ocupacional	10	10,0	10	10,0	10	10,0
Doença não ocupacional	90	90,0	90	90,0	90	90,0
Total	100	100,0	100	100,0	100	100,0
Doença ocupacional	10	10,0	10	10,0	10	10,0
Doença não ocupacional	90	90,0	90	90,0	90	90,0
Total	100	100,0	100	100,0	100	100,0
Doença ocupacional	10	10,0	10	10,0	10	10,0
Doença não ocupacional	90	90,0	90	90,0	90	90,0
Total	100	100,0	100	100,0	100	100,0
Doença ocupacional	10	10,0	10	10,0	10	10,0
Doença não ocupacional	90	90,0	90	90,0	90	90,0
Total	100	100,0	100	100,0	100	100,0
Doença ocupacional	10	10,0	10	10,0	10	10,0
Doença não ocupacional	90	90,0	90	90,0	90	90,0
Total	100	100,0	100	100,0	100	100,0

Na avaliação sobre doenças ocupacionais, a duração da exposição ao ruído foi considerada em três níveis: < 10 anos, 10-20 anos e > 20 anos. Os resultados da análise de regressão logística são apresentados na Tabela 3.

A análise de regressão logística mostrou que a duração da exposição ao ruído foi um fator significativo para a ocorrência de doenças ocupacionais. Os resultados da análise de regressão logística são apresentados na Tabela 3. Os resultados da análise de regressão logística são apresentados na Tabela 3. Os resultados da análise de regressão logística são apresentados na Tabela 3.

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

	Idade						Total		p-valor
	<40		41 - 65		>65				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Masculino	5	20,0	85	42,7	60	56,6	150	45,5	0,002
Feminino	20	80,0	114	57,3	46	43,4	180	54,5	
Total	25	100	199	100	106	100	330	100	
Hospital									
Ascomcer	15	60	100	50,3	58	54,7	173	52,4	0,556
Oncológico	10	40	99	49,7	48	45,3	157	47,6	
Total	25	100	199	100	106	100	330	100	
Tipo de Câncer									
Mama	3	12,0	51	25,6	16	15,1	70	21,2	0,000
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 Gastrointestinal	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	0	9	4,5	3	2,8	12	3,6	
Outros	5	20,0	29	14,6	11	10,4	45	13,6	
Total	25	100	199	100	106	100	330	100	
Hamilton(24)									
Normal	10	40	91	45,7	49	46,2	150	45,5	0,433
Leve	10	40	74	37,2	45	42,5	129	39,1	
Moderada	3	12	25	12,6	5	4,7	33	10,0	
Grave	2	8	9	4,5	7	6,6	18	5,5	
Total	25	100	199	100	106	100	330	100	

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 41-65 anos (50,0) (Tabela 4).

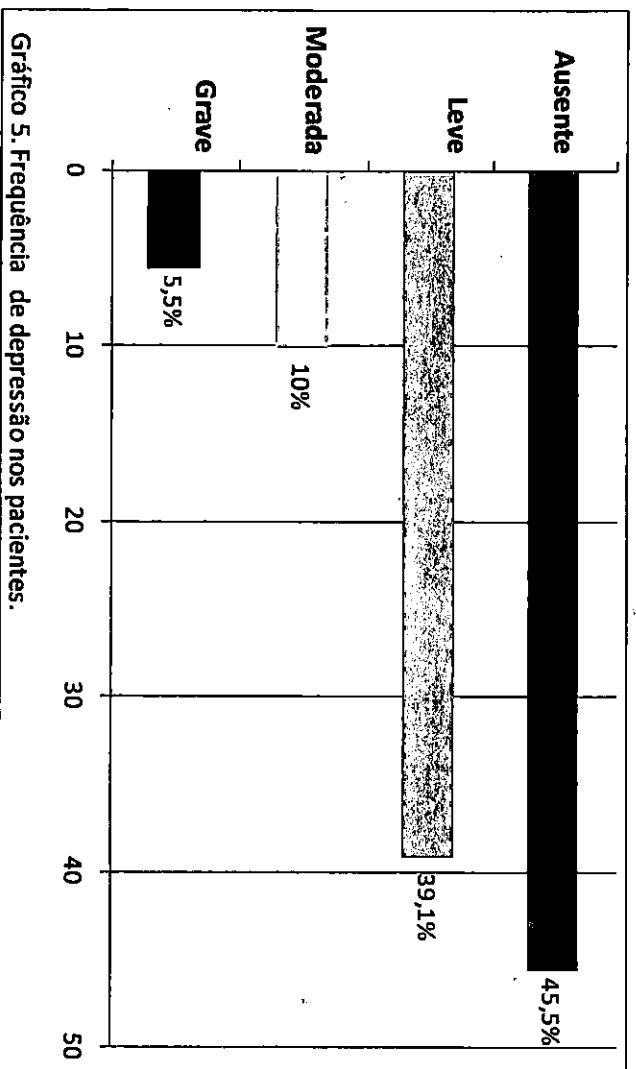


Gráfico 5. Frequência de depressão nos pacientes.

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

Hamilton(24)													
	normal		leve		Moderada		Grave		Total		p-value		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Sexo													
Masculino	68	45,3	59	45,7	18	54,5	5	27,8	150	45,5			
Feminino	82	54,7	70	54,3	15	45,5	13	72,2	180	54,5			
Total	150	100	129	100	33	100	18	100	330	100	0,338		
Idade													
<40	10	6,7	10	7,8	3	9,1	2	11,1	25	7,6			
41-65	91	60,7	74	57,4	25	75,8	9	50,0	199	60,3			
>65	49	32,7	45	34,9	5	15,2	7	38,9	106	32,1			
Total	150	100	129	100	33	100	18	100	330	100	0,433		
Hospital													
Ascomer	88	58,7	68	52,7	11	33,3	6	33,3	173	52,4			
Oncológico	62	41,3	61	47,3	22	66,7	12	66,7	157	47,6			
Total	150	100	129	100	33	100	18	100	330	100	0,02		
Tipo de Câncer													
Mama	36	24,0	28	21,7	4	12,1	2	11,1	70	21,2			
Próstata	27	18,0	22	17,1	1	3,0	4	22,2	54	16,4			
Sistema Respiratório	8	5,3	9	7,0	4	12,1	3	16,7	24	7,3			
Trato Gastrointestinal	32	21,3	22	17,1	12	36,4	1	5,6	67	20,3			
Trato Genito Urinário	13	8,7	16	12,4	3	9,1	3	16,7	35	10,6			
Unifoma/leucemia	12	8,0	9	7,0	1	3,0	1	5,6	23	7,0			
Sistema Nervoso Central	3	2,0	6	4,7	2	6,1	1	5,6	12	3,6			
Outros	19	12,7	17	13,2	6	18,2	3	16,7	45	13,6			
Total	150	100	129	100	33	100	18	100	330	100	0,321		

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

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 desespero, 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

As avaliações de sexo dos entrevistados com a incidência de depressão, verificamos que não houve diferenças significativas. Geralmente em relação a depressão grave, observamos um índice maior no sexo feminino.

As comparações de pacientes dos telefones rurais com a população de depressão, observamos que maiores por cento tiveram o AGCOMOR-90.1% nos casos em depressão (38,3% leve, 6,4% moderada e 1,2% grave). Já nos do Hospital Oncológico (6,8% apresentaram depressão) (0,9% leve, 1,2% moderada e 7,0% grave).

Comparamos também nos pacientes foi verificada que 31,8% deles apresentaram algum grau de insônia inicial (4,2% de insônia intermediária e 27,1% insônia tardia). Já as causas relacionadas de reações de ansiedade e deprimidas foram verificadas que 42,6% não apresentaram dificuldades e 1,7% deles apresentaram devida à doença.

As vezes uma avaliação sobre alguns sintomas, visto que 50,3% dos pacientes possuem algum grau de depressão (20,6% apresentaram depressão, 30,3% apresentaram baixa autoestima e 19,4% apresentaram algum sentimento de culpa).

As avaliações de qualidade de vida, utilizamos o questionário WHOQOL-Atividade, observamos que o total de pacientes entrevistados obtiveram uma média de 60,9% em aspectos físicos (61,2% psicológicos, 61,1% sociais e 60,7% ambientais). Observando que quanto maior próximo de 100%, melhor a qualidade de vida. Quanto ao físico, foi verificado que não houve diferenças significativas em relação ao sexo, idade e nacionalidade em relação aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, mostrando todos estes uma média alta. Por outro lado, em relação à vida houve diferenças importantes, já que no aspecto físico, os indivíduos não tinham acompanhamento com um médico, o que afetou os pontos de viverem um melhor futuro (1 ponto). Em relação ao local de atendimento do paciente foi verificada uma menor qualidade de vida em relação aos aspectos físicos no grupo de controle maior nos pacientes entrevistados em relação aos aspectos psicológicos, sociais e ambientais. As avaliações em relação ao nível de associação foi verificada uma maior média em relação a todos os aspectos de qualidade de vida nos entrevistados de ensino

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

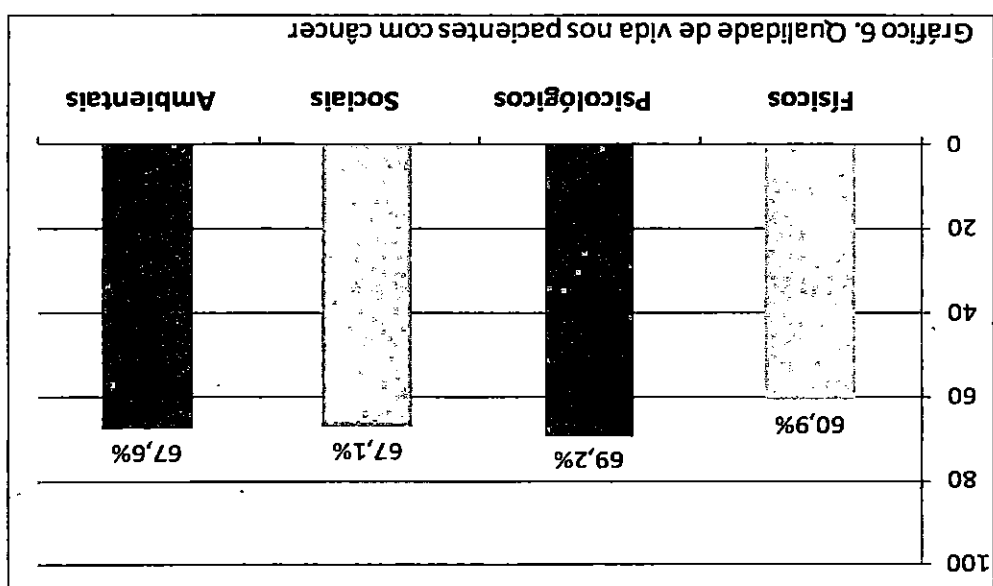


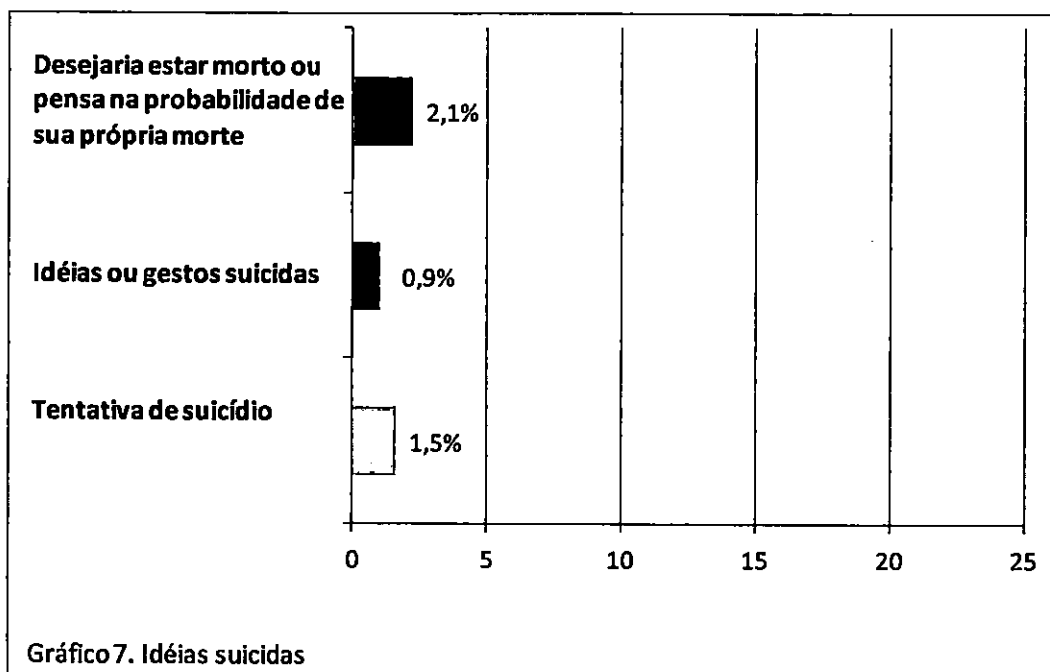
Tabela 5 - Avaliação da qualidade de vida dos pacientes em relação aos dados sócio econômicos.

Sexo	Aspectos Físicos				Aspectos Psicológicos				Aspectos Sociais				Aspectos Ambientais			
	N	Média	DP	p-valor 0,303	N	Média	DP	p-valor 0,577	N	Média	DP	p-valor 0,567	N	Média	DP	p-valor 0,082
Masculino	150	59,6	19,7		150	68,8	17,9		150	66,4	16,6		150	66,0	15,5	
Feminino	180	61,9	19,9		180	69,6	17,3		180	67,6	19,2		180	69,0	16,0	
Total	330	60,9	19,8		330	69,2	17,6		330	67,1	18,1		330	67,6	15,9	
Idade	≤40	25	61,6	22,5	25	66,2	20,2		25	68,0	17,3		25	61,9	19,4	
	41-65	199	60,8	19,6	199	69,4	16,5		199	68,0	18,1		199	68,8	15,1	
	>65	106	60,9	19,8	106	69,5	18,8		106	65,1	18,2		106	66,8	16,2	
			p-valor 0,982			p-valor 0,570				p-valor 0,395				p-valor 0,093		
Raça	Branços	172	58,9	20,3	172	69,2	18,5		172	66,8	19,4		172	70,1	15,5	
	Não brancos	158	63,0	19,2	158	69,2	16,5		158	67,4	16,6		158	65,0	15,9	
	Total	330	60,9	19,8	330	69,2	17,6		330	67,1	18,1		330	67,6	15,9	
			p-valor 0,060			p-valor 0,995				p-valor 0,748				p-valor 0,004		
Escolaridade	Ensino Médio	57	65,0	18,3	57	71,9	14,9		57	71,3	17,2		57	66,6	15,2	
	Ensino Médio Incompleto	209	59,7	20,3	209	67,4	17,7		209	65,0	19,1		209	66,3	15,6	
	Ensino Superior Completo	32	62,7	19,7	32	75,4	19,5		32	74,2	14,9		32	78,2	15,2	
	Ensino Superior Cursando	5	71,4	8,0	5	75,0	13,8		5	68,3	7,0		5	84,4	15,0	
	Analfabeto	27	56,9	19,6	27	68,7	18,3		27	65,4	13,4		27	64,7	14,7	
			p-valor 0,206			p-valor 0,088				p-valor 0,024				p-valor 0,000		

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

	Aspectos Físicos			Aspectos Psicológicos			Aspectos Sociais			Aspectos Ambientais		
	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
Oncológico	157	55,6	21,1	157	65,4	19,6	157	61,0	18,9	157	66,0	17,6
	p-valor 0,000			p-valor ,000			p-valor 0,000			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 0,004			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 Gastrointestinal	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			p-valor 0,047			p-valor 0,754			p-valor 0,257		

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

base de dados, o que possibilita a obtenção de resultados mais precisos e a identificação de tendências e padrões de comportamento. A análise de dados é uma etapa fundamental no processo de tomada de decisão, pois permite que os gestores tenham uma visão clara e objetiva da situação da empresa e possam tomar decisões baseadas em fatos e dados, em vez de intuições ou opiniões pessoais.

Além disso, a análise de dados também pode ser utilizada para identificar oportunidades de melhoria e para desenvolver estratégias de marketing e vendas mais eficazes. Portanto, a análise de dados é uma ferramenta essencial para qualquer empresa que queira ter sucesso no mercado atual.

A análise de dados pode ser realizada de várias maneiras, dependendo do tipo de dados e do objetivo da análise. Algumas das técnicas mais comuns incluem a análise estatística, a análise de regressão, a análise de correlação e a análise de séries temporais. Cada uma dessas técnicas tem suas próprias vantagens e desvantagens, e a escolha da técnica mais adequada depende do contexto específico da análise.

Em resumo, a análise de dados é uma ferramenta poderosa que pode ajudar as empresas a tomar decisões mais informadas e a alcançar seus objetivos de negócios. Portanto, é importante que as empresas invistam em recursos e treinamento para garantir que estejam utilizando a análise de dados de maneira eficaz e eficiente.

2 - Conclusão

Conclusão (Gráfico 1)

0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20

Gráfico 1: Evolução da produção de leite no Brasil (em milhões de litros)

Gráfico 2: Evolução da produção de leite no Brasil (em milhões de litros)

Gráfico 3: Evolução da produção de leite no Brasil (em milhões de litros)

3 - Conclusão

Em conclusão, a análise de dados é uma ferramenta essencial para qualquer empresa que queira ter sucesso no mercado atual. Ela permite que os gestores tenham uma visão clara e objetiva da situação da empresa e possam tomar decisões baseadas em fatos e dados, em vez de intuições ou opiniões pessoais. Além disso, a análise de dados também pode ser utilizada para identificar oportunidades de melhoria e para desenvolver estratégias de marketing e vendas mais eficazes.

Portanto, é importante que as empresas invistam em recursos e treinamento para garantir que estejam utilizando a análise de dados de maneira eficaz e eficiente.

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

acompanhada a longo prazo e despende após a cura um melhor custo
(Garcia et al., 2003).

Nesta etapa houve uma junção entre a taxa estável, na qual foi
avaliada a mortalidade de câncer, com estudos que foi de 10% a 20%
relacionados à despesa com o tratamento. Este fato
comprova a influência entre essas variáveis e a necessidade de um
tratamento ou até mesmo um fator desfavorável de um tratamento de humor
deprimido.

Em concordância com estudos de Frazee (2004) e Frank (2004) a
relação de despesa em pacientes hospitalizados com câncer foi de
aproximadamente 50% menor em relação a pacientes em tratamento
de longo prazo.

No Hospital ABCD, o Hospital Oncológico a taxa estável
recomendada - em média - por câncer foi de 44 - 55
anos de idade, com a taxa de mortalidade de 10% a 20% no Hospital
ABCD, a mortalidade de câncer foi de 10% a 20% de mortalidade. Assim,
como foi relatado por um estudo de Frazee (2004) de 10% a 20%
em 30 dias, no qual demonstrou que a taxa de mortalidade, respectivamente, com
elevadas taxas de mortalidade em pacientes com uma maior frequência após
os 50 anos de idade.

A localização a distância do tumor e uma variável relevante na análise
dos determinantes sociais em câncer e os tumores de câncer e o tipo de análise
extensiva nos estudos estatísticos de câncer (Frazee e col., 2004).

Quanto aos tipos de câncer, os tipos de câncer com maior frequência dos
cânceres de mama, próstata e colo do útero, nos pacientes dos dois
tipos avaliados, como ocorreu em parte da taxa de 30% a 40% dos
tipos de câncer de mama e de próstata.

No Hospital ABCD, o tipo de câncer foi o câncer de mama
(10,5%) enquanto no Hospital Oncológico foi de 10,5% a 15,5%
nessa unidade de saúde a frequência está semelhante ao trabalho de Lima e
col (2008) onde existem mais casos de câncer de mama.

Visto a importância da frequência dos tipos de câncer, pode-se inferir
que esta variável estatística não tem grande relevância no aspecto prático
de análise, no entanto, trata-se de uma variável relevante, mas sem uma linha 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 prioritizada devido aos riscos de insulto à própria vida, como a tentativa de suicídio, que esse estágio de humor deprimido representa.

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 nexos 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. 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 aplicá-las (Pimenta et al., 1997).

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 psico-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 feita 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, diante dos visões apontadas acima, ao realizar o trabalho de
investigação, poderemos obter resultados tanto positivos e tão negativos,
diferenciando bastante nos valores encontrados nestas pesquisas.

Neste trabalho, verificou-se maiores valores de qualidade de vida, em
todas as dimensões avaliadas: física, psicológica, social e ambiental. Na
população feminina, apesar disso, por não ser maior no grupo em estudo,
foram dados sobre a população masculina de acordo com (Machado et al., 2008),
visto que há poucas pesquisas sobre a qualidade de vida em grupos
majoritariamente masculinos.

Porém, as condições de trabalho com uma situação traumática
como a falta de segurança, tratamentos agressivos e o ambiente de trabalho
com a falta de uma boa gestão, são de insatisfação por parte dos indivíduos, os quais
estão afetando a qualidade de vida do indivíduo (The
WHOQOL Group, 1998).

Nas pesquisas avaliadas sobre a qualidade de vida, em relação aos
aspectos físicos de pacientes mais jovens, até 40 anos, observamos melhorias
significativas, o que corrobora com o estudo de Pereira (2006) onde foi feita uma
análise entre a influência da qualidade funcional sobre o domínio físico na
qualidade de vida, quanto maior a capacidade funcional maior as medidas de
qualidade de vida.

No que se refere aos domínios psicológicos, as pessoas acima de 60
anos apresentam maiores níveis de insatisfação social, foi constatado
semelhante na média de qualidade de vida nas diferentes faixas. Quanto a
idade pode se considerar que a qualidade de vida global dos pacientes até 60
anos é maior quando comparado com os mais idosos, uma vez que nos
pacientes houve a presença de medidas elevadas em pelo menos dois aspectos
da qualidade de vida.

Quanto à idade, os pacientes não foram avaliados, maior qualidade de
vida nos dois de seus aspectos sociais e físicos e quanto a dimensão ambiental
nos aspectos sociais. No domínio psicológico não houve diferença entre faixas
idade, se de fato a qualidade de vida global dos pacientes não difere nos
níveis, porém, segundo Machado et al. (2008), no Brasil não há uma produção
sistemática antes de serem de dimensão físico-social 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.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. 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. Prediction of depression 6 months to 3 years after treatment of head and neck cancer. *Head Neck.* 2001; 23 (10): 892-8.
6. Fawzy I, Greenberg DB. Oncology. In: Rundell JR, Wise MG, editors. *Textbook of consultation-liaison 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.
8. 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 Psiqu.* 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.

Memorandum and Explanatory 1980: 13: 22-23

1. "Hemoglobin" may refer either to depression of hemoglobin
3000: 16 (1): 135-34

in conditions of anemia with causes in the depressive phase. With regard
to Block 16: "Hemoglobin" may refer to depression and possibly of the
hemoglobin level. Block 16: 3000: 16 (1): 135-34

2. "Hemoglobin" may refer to depression and possibly to causes, with
Explanatory 1980: 13: 1): 13-14

memorandum of depression of depression of hemoglobin (Hb) and
Block 16: "Hemoglobin" may refer to depression and possibly to

3. Block 16: 3000: 16 (1): 135-34

causes and causes of depression of hemoglobin. Block 16: 3000: 16 (1): 135-34

4. Block 16: 3000: 16 (1): 135-34

5. Block 16: 3000: 16 (1): 135-34

6. Block 16: 3000: 16 (1): 135-34

7. Block 16: 3000: 16 (1): 135-34

8. Block 16: 3000: 16 (1): 135-34

9. Block 16: 3000: 16 (1): 135-34

10. Block 16: 3000: 16 (1): 135-34

12. Instituto Nacional do Câncer – INCA / Ministério da Saúde.
<http://www.inca.gov.br> (Acessado em 24/Out/2010).
13. Instituto Oncoguia. <http://www.oncoguia.com.br> (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 Inst Monogr. 2004; (32):57-71.
19. Murray CJ, Lopes AD. Global mortality, disability, 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: Managing psychological conditions in palliative care. 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; Fagundes, 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, Cairolí F, Ferrarese G, Picardi A, et al. Detection and treatment of depressive and anxiety disorders among

01. Detecção dos padrões de mortalidade por causas específicas através de
02. Estudos de mortalidade: conceitos e dados. E. Fernandes, C. Hidalgo e
03. 2008
04. em sobreviventes de câncer de bexiga de alta frequência - BCCB
05. Epidemiologia e qualidade de vida de pacientes de câncer de bexiga (BCCB)
06. Estudos de mortalidade e dados de sobrevivência de pacientes de câncer de bexiga
07. em pacientes com câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
08. 2005; 103 (4): 29-33
09. Efeito da qualidade de vida de pacientes de câncer de bexiga de alta frequência
10. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
11. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
12. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
13. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
14. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
15. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
16. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
17. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
18. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
19. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
20. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
21. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
22. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
23. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
24. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga
25. de sobrevivência de câncer de bexiga de alta frequência de câncer de bexiga

- 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 Hematology-Oncology*. 5th 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: 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. *Revista Paulista RS*. 2006; jan/abr; 28(1):27-33.
26. Pimenta, CAM; Kozmin, M; Teixeira, M. D. O. depressão e conceitos culturais. *Antroposociologia*. 1997; 25(3-A): 270-280.
27. Pheasant Caroline Farber et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Ver Assoc Med Bras*. 2010; Vol. 46, 2.
28. Raason CL, Miller AR. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry*. 2003; 54(3): 283-84.
29. Rob AJ, Holland JC. Psychiatric complications in cancer patients. In: *Brain MG, Carbone P, eds. Current Therapy in Hematology-Oncology*. 5th ed. St Louis, Mosby-Year Book, Inc. 1995; pp 602-13.
30. SEADE. *estatísticas vitais do Estado de São Paulo*. São Paulo: Fundação SEADE/online; 2010. www.seade.gov.br. [citado 1998].
31. Spencer SM, Garver CL, Price AA. Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobson PB, et al. eds. *Psycho oncology*. New York, NY: Oxford University Press. 1993; pp 211-22.
32. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment instrument (the WHOQOL). In: Chay J, Kuyken W. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag. 1994; p 41-60.
33. Task FC. Assessment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004; 132(1): 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.

9- ANEXOS

9
A
M
E
X
O



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 Juiz de Fora – MG, assim podendo correlacionar com a adesão e eficácia do tratamento, disponibilizando informações às 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 comprometer-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 número 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.



10. Este termo será assinado pelo participante e por um dos pesquisadores coordenadores do projeto.

11. Caso tenha qualquer pergunta sobre esta pesquisa ou desejar ter outras informações, por favor, entre em contato com um dos pesquisadores através do telefone (32)99157529 ou (32)99258228, para qualquer esclarecimento.

12. A sua participação será bastante valiosa já que os resultados do estudo são importantes para o desenvolvimento de programas de prevenção no país.

Responda as perguntas a seguir, circulando a resposta SIM ou NÃO:

1. Você leu o termo de consentimento?

SIM NÃO

2. Foram respondidas todas as suas perguntas sobre o estudo?

SIM NÃO

3. Você se sente completamente esclarecida sobre o estudo?

SIM NÃO

4. Você concorda em fazer parte do estudo?

SIM NÃO

A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011.

Nome do Participante

Assinatura

Nome do Pesquisador

Assinatura





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) / ~~divorciado(a)~~ / desquitado(a) () Viúvo(a).

Filhos? _____ Quantos? _____

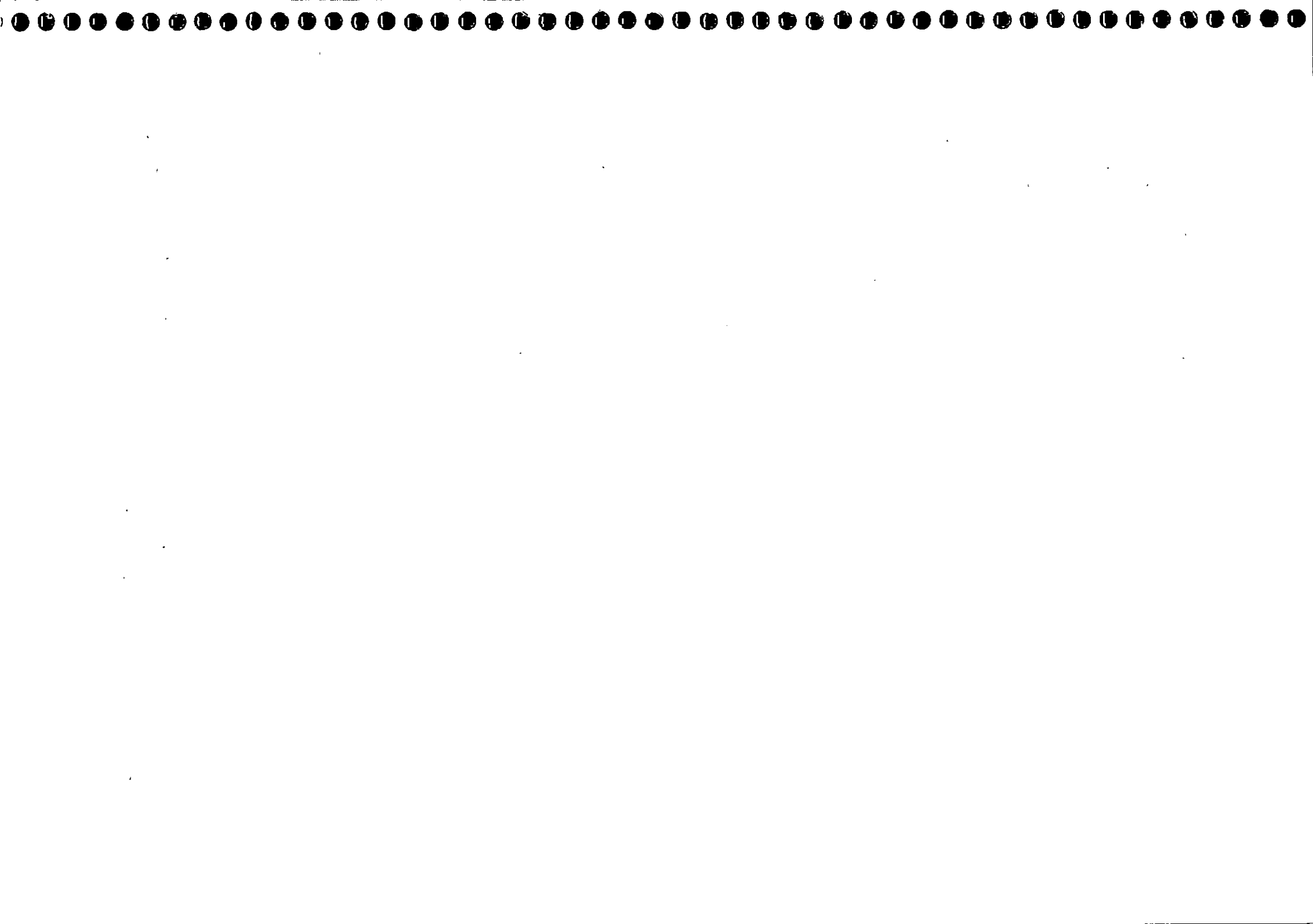
Qual seu nível de escolaridade?

() 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: _____

Qual tratamento você já realizou?

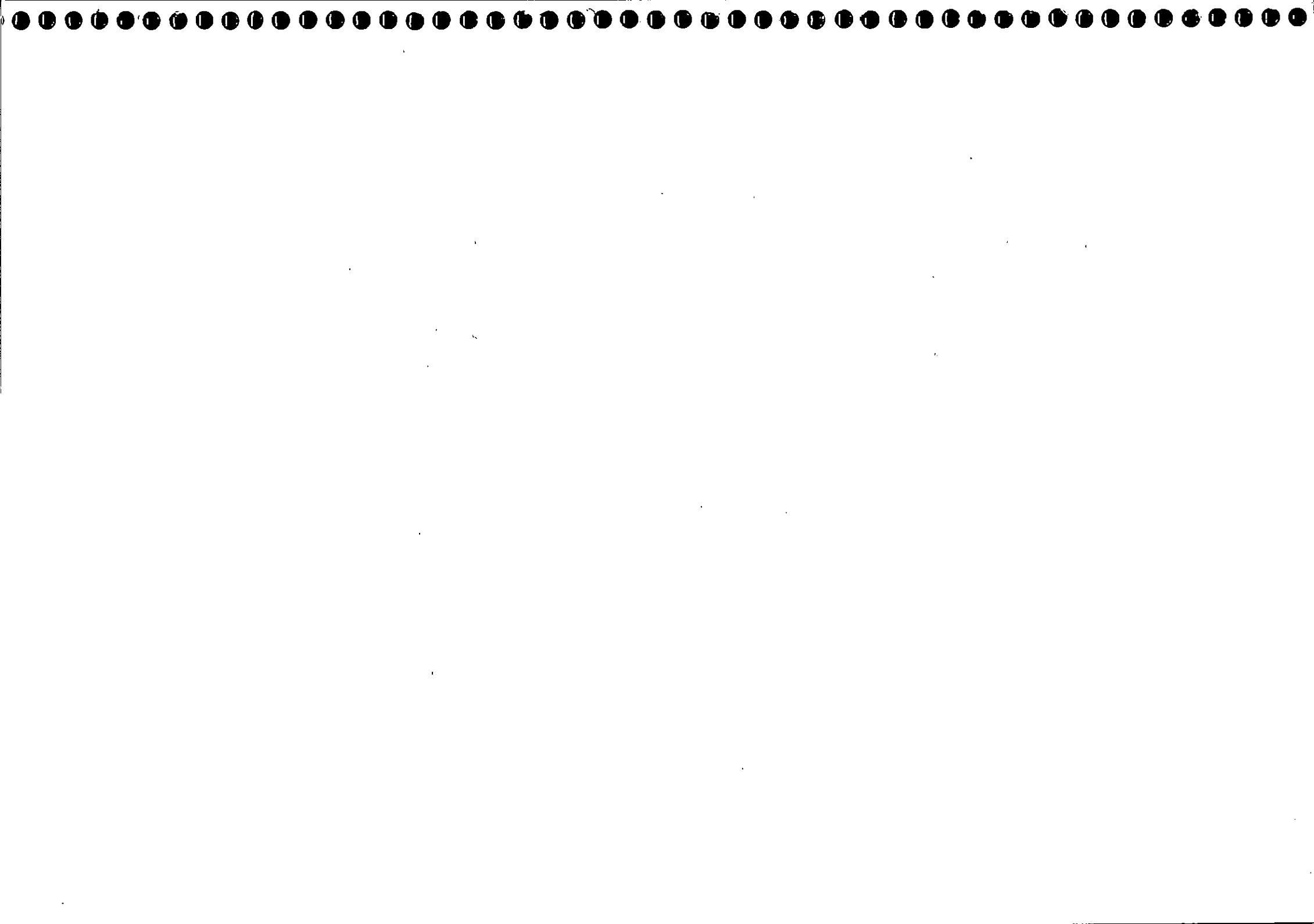
☐ Cirurgia. Tipo? _____

☐ Quimioterapia

☐ Radioterapia

☐ Hormonoterapia

☐ Nenhum



Você recebe ajuda econômica para realizar o tratamento?

() Sim De quem? _____

() Não

Em sua família existe outros casos de câncer?

Familiares	Tipo de câncer	Idade do diagnóstico

Como você está lidando com seu câncer?

() Bem () Mal

Você chora algumas vezes?

() Sim Com que frequência? _____ () Não

Você perdeu prazer pelas coisas que você fazia antes de ter câncer?

() Sim () Não

Como você vê o futuro?

() Esperançoso () Desanimador

Você sente que pode influenciar sua cura, ou seu tratamento está totalmente sob o controle dos outros? _____

Você se preocupa em ser um problema para sua família/amigos durante o tratamento do câncer?

() Sim () Não

Você sente que outros podem estar melhores sem você?

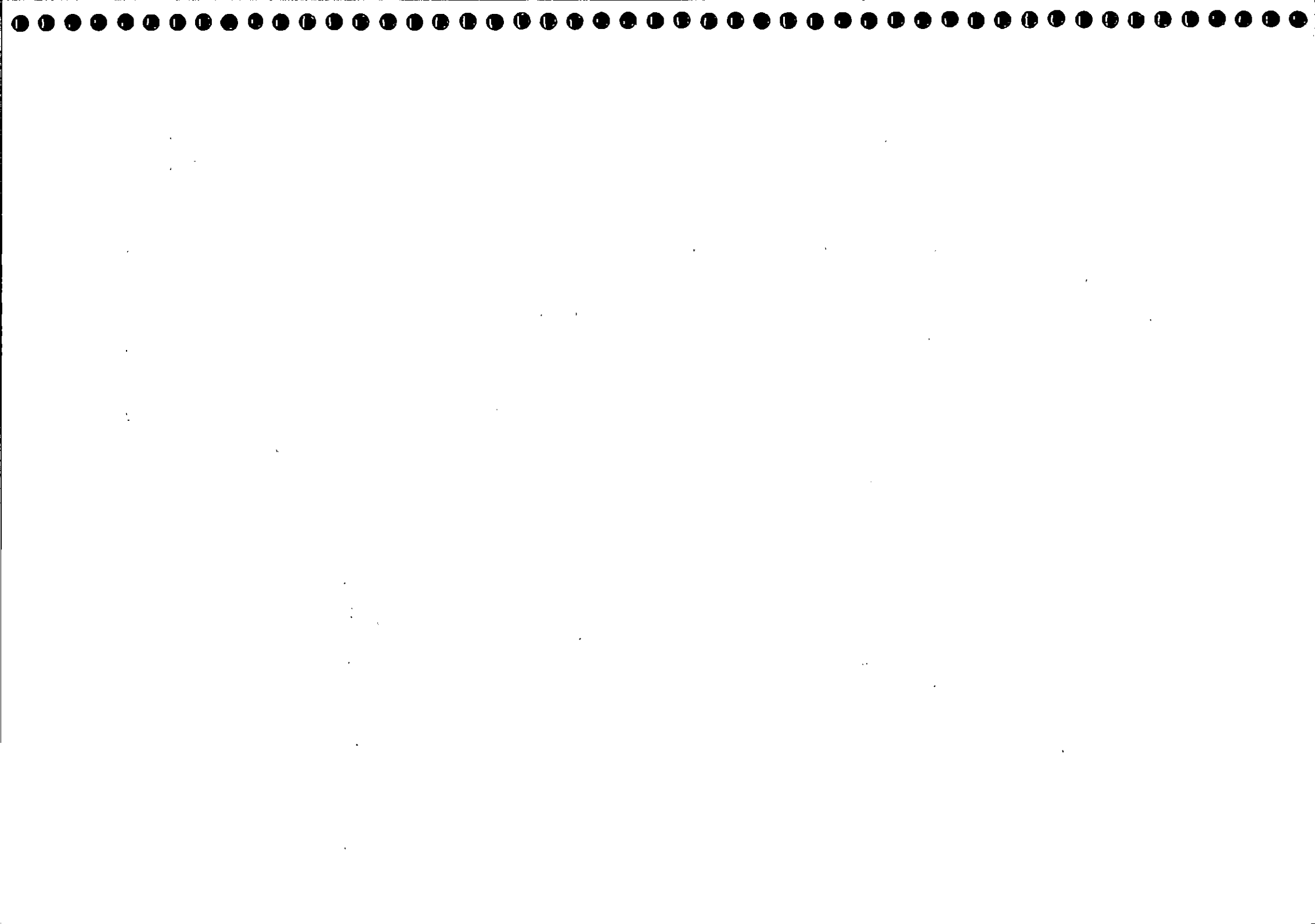
() Sim () Não

Você tem dor que não é controlada?

() Sim () Não

Você gasta muito o seu tempo deitado na cama?

() Sim () Não



Você se sente fraco?

() Sim () Não

Você se sente descansado depois do sono?

() Sim () Não

Você dorme bem?

() Sim () Não

Como é seu apetite? _____

Você sente o gosto da comida?

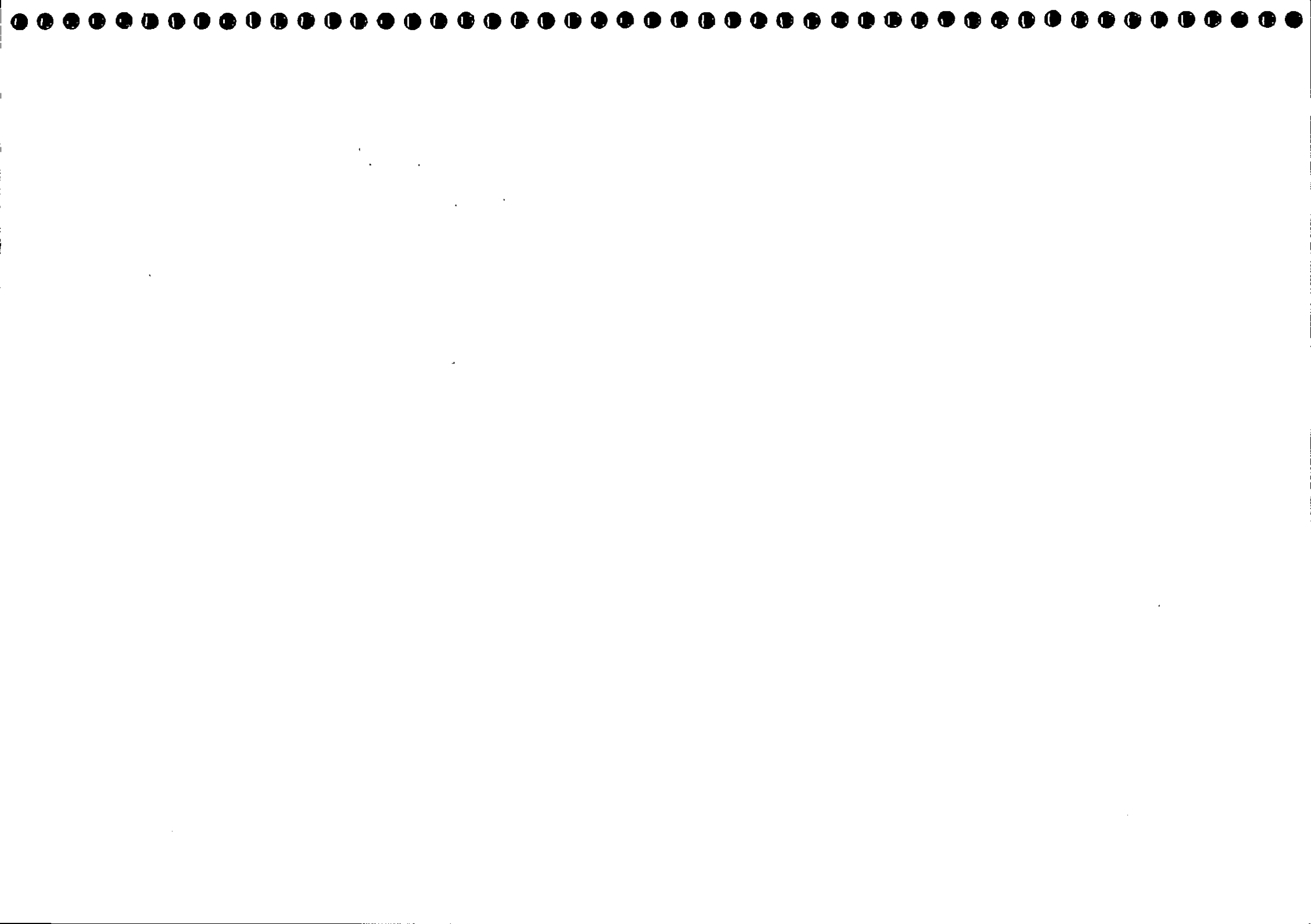
() Sim () Não

Perdeu peso ou ganhou? _____

Qual a frequência da sua atividade sexual? _____

Você pensa 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:

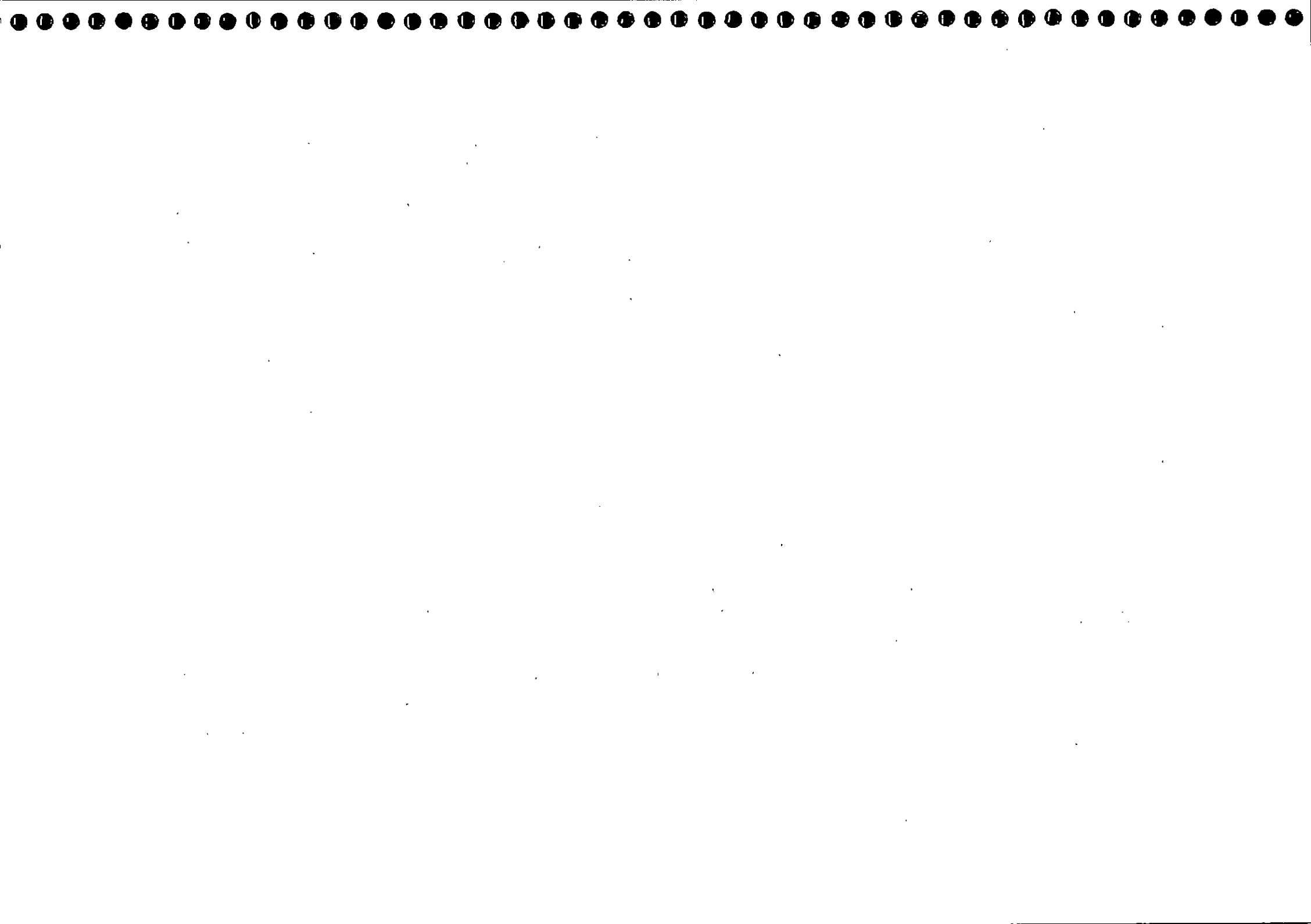
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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?	<u>1</u>	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.

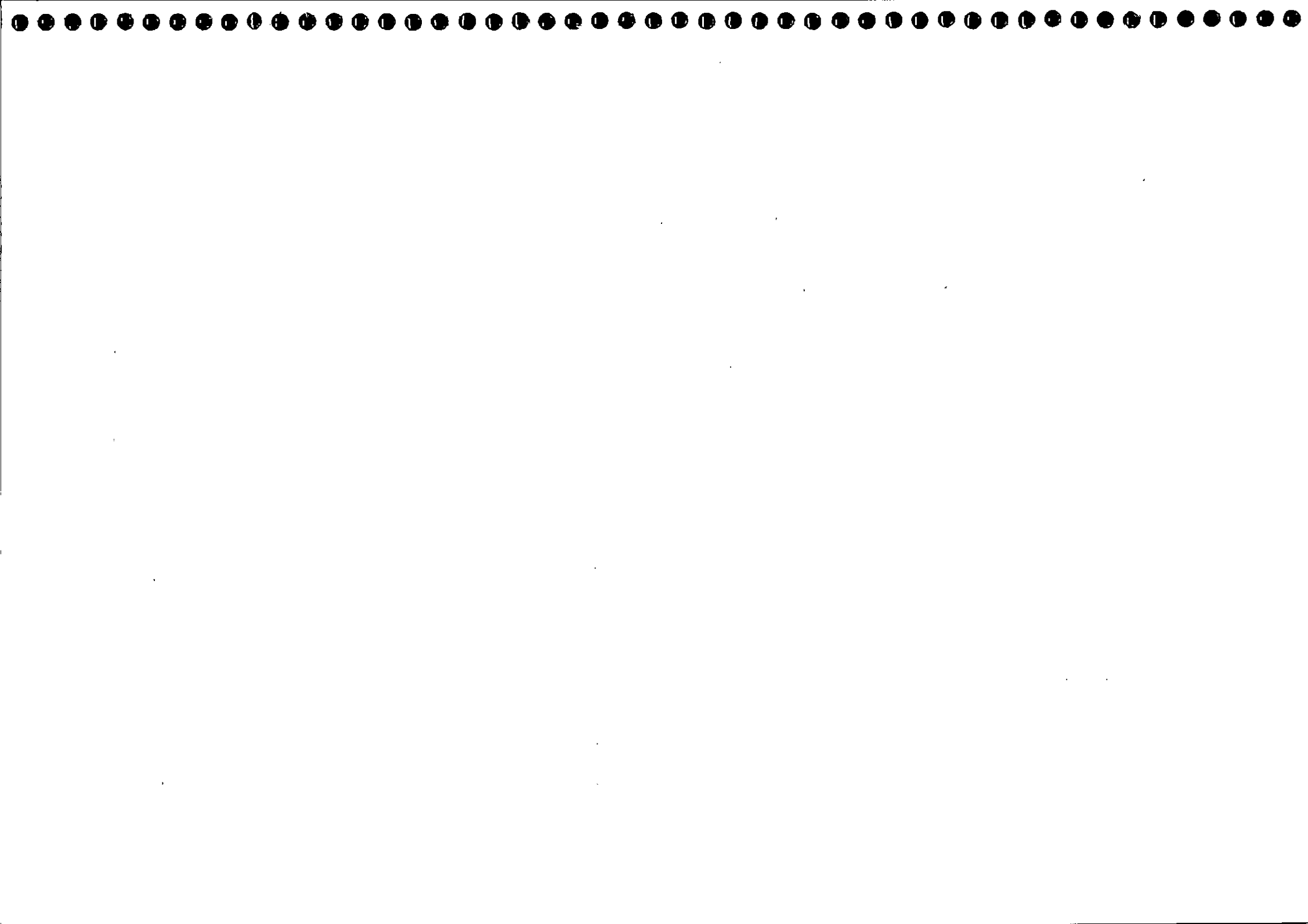


		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

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

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

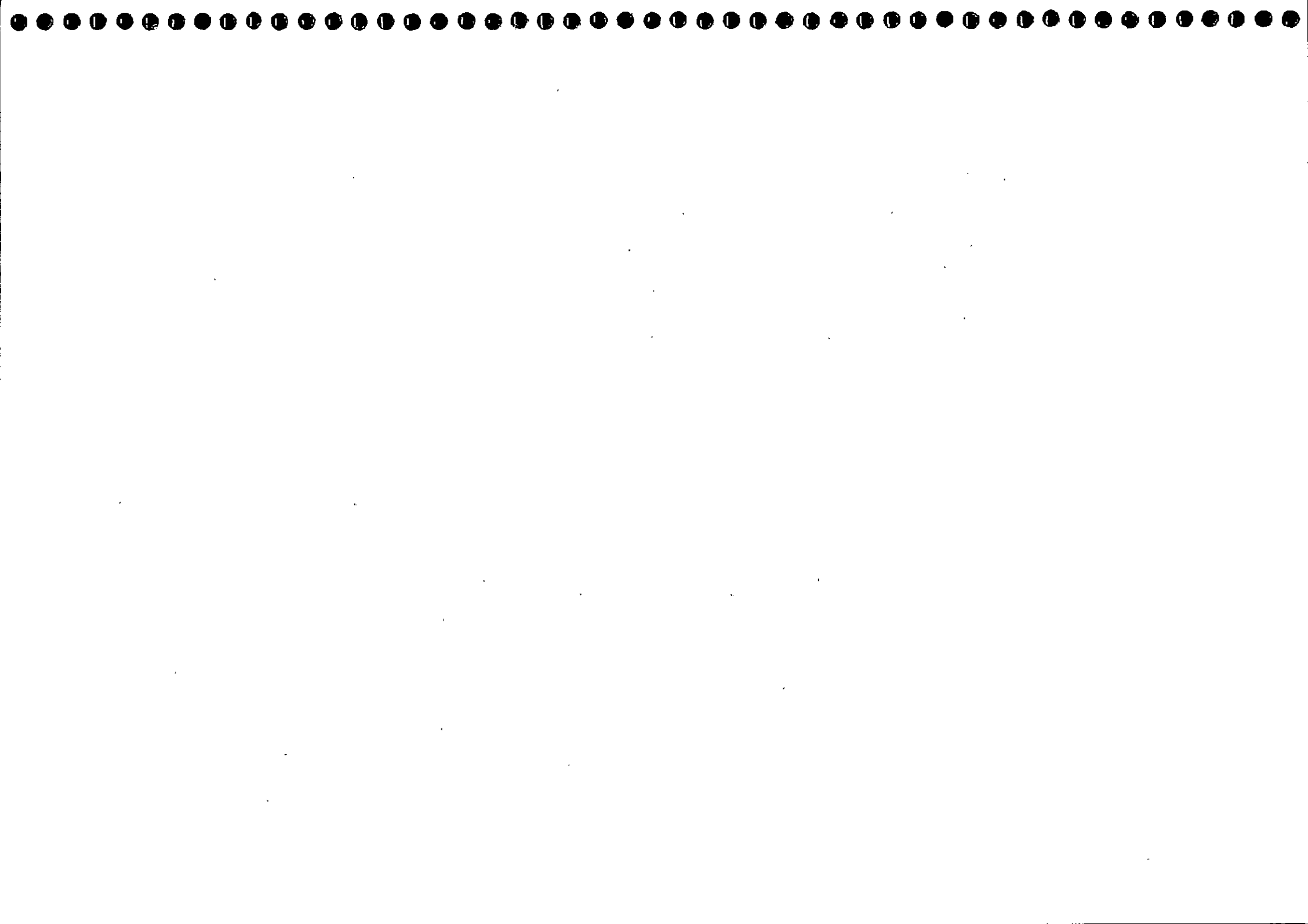
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha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

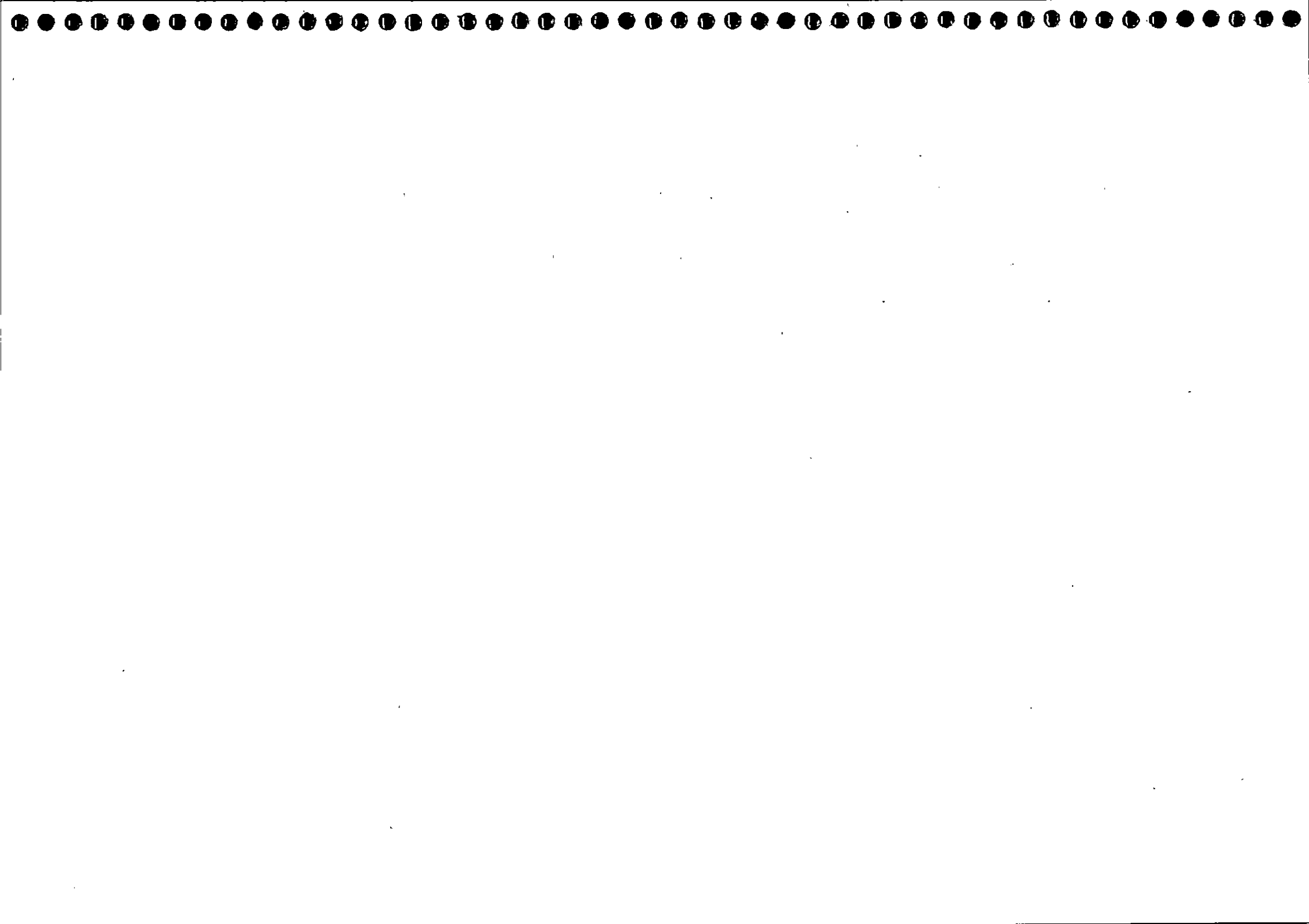
As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

		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.

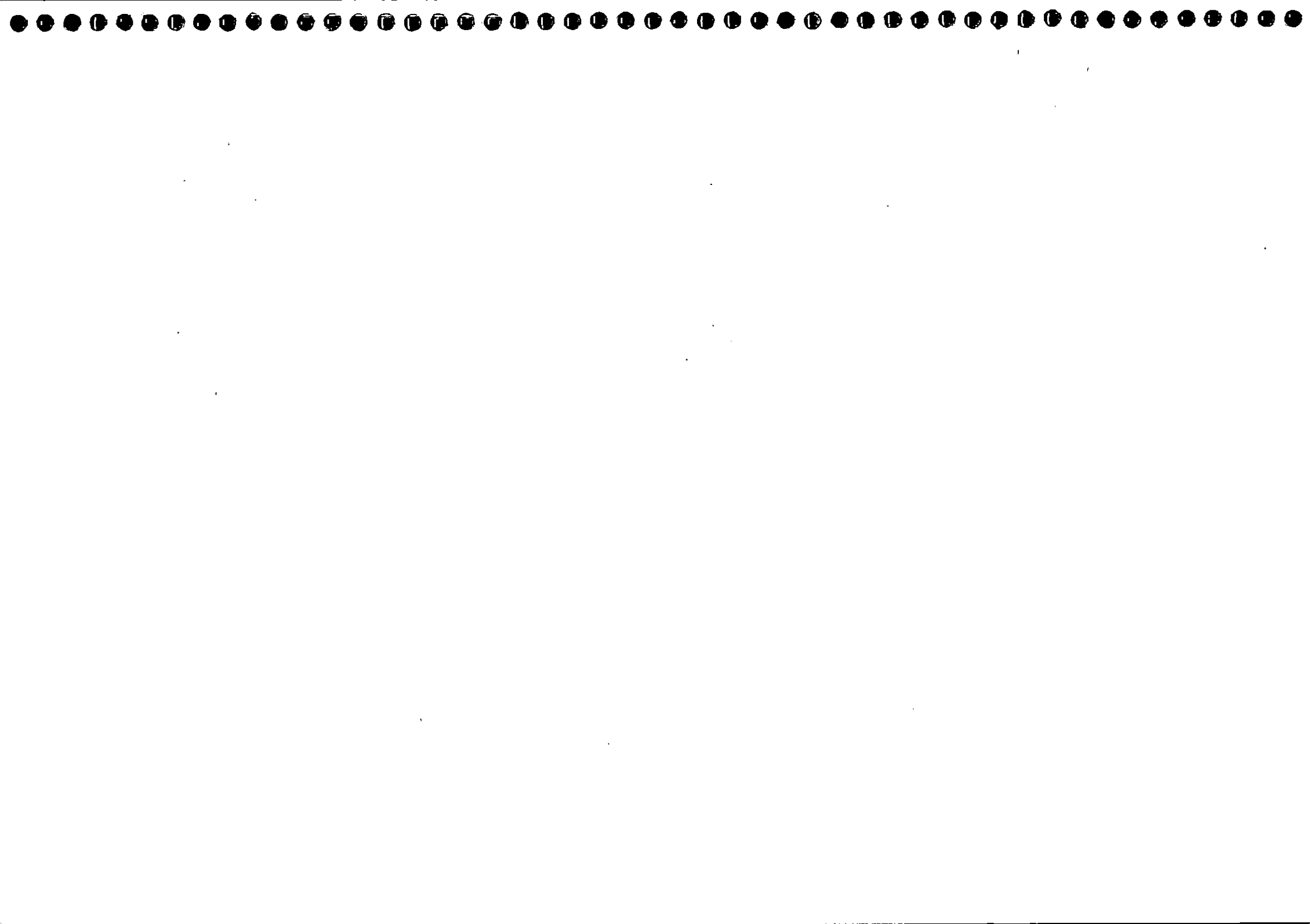
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quanto bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quanto satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quanto satisfeito(a) você está 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) você está com suas relações 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?	1	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 vezes	frequen- temente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5



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

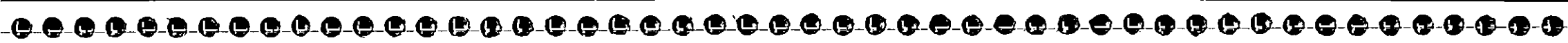
0. Sem dificuldades.

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

0. 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, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;

Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Freqüência urinária; Sudorese

0. Ausente :

1. Leve

2. Moderada

3. Grave

4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

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

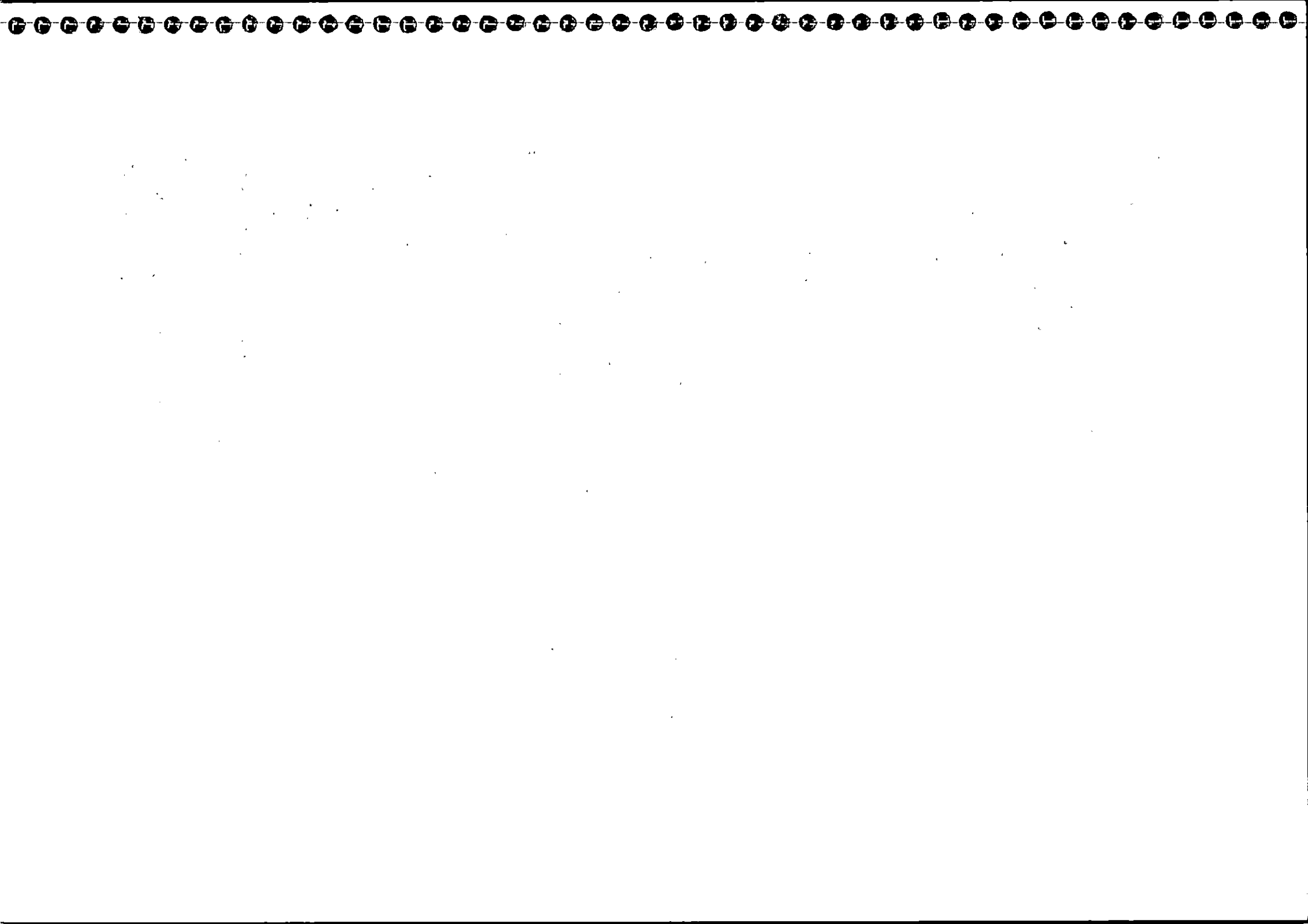
1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2. Preocupação com a saúde

3. Queixas freqüentes, 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.
- 1. 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 item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 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.
- 2. 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.
- 3. Necessita de insistência, orientação e reassseguramento 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 reasssegurado.
- 2. ~~Consistentemente~~ de dente desesperançado, mas aceita reassseguramentos.
- 3. Expressa sentimentos de desencorajamento, desespero e pessimismo quanto ao futuro que não podem ser desfeitos.
- 4. Espontânea e inapropriadamente 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

Fone 0 xx 32 3229-2222

E-mail: santacasa@santacasa.jf.org.br

CNPJ: 21.575.709/0001-95

Inscrição Estadual: 367.727208.0087

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 RESPONSÁVEL: Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral :

INSTITUIÇÃO: Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC - JF (FAME)

PARECER CONSUBSTANCIADO 034/2011

I - Identificação:

Título: "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, Guillermo Patrício Ortega Jácome

II- Objetivos do Projeto:

Verificar a frequência de depressão em pacientes diagnosticados com câncer.

Verificar o índice de suicídio nesses pacientes

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

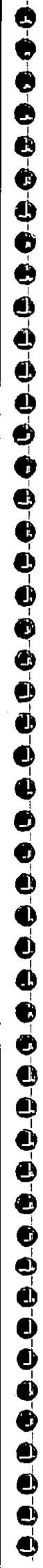
IV- Comentários do relator frente à Resolução 196/96 e suas complementares em particular sobre:

Análise de Riscos e Benefícios: Não haverá riscos para os sujeitos da pesquisa

Retorno de benefícios para o sujeito e / ou para a comunidade: Este estudo contribuirá para 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 ~~obter o TCLE~~ apresentado no projeto encontra-se em de acordo com as orientações da CONEP

Informações adequadas quanto aos financiamentos: Não existe financiamento.

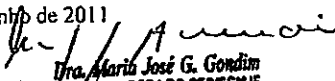


V- Parecer do CEP:

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 junho de 2011

Assinatura do Coordenador:


Dra. Maria José G. Gondim
COORDENADORA DO CEP/SCMJE





Ilmo Senhor, Dr. Narciso Francisco Pazinato,
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 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 frequência 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 abril de 2011.

Dr. César Carvalho Esteves
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
FAME/JF - UNIPAC

Narciso Francisco Pazinato
Diretor da Faculdade de Medicina
UNIPAC - Juiz de Fora





MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: "Qualidade de vida e frequência de depressão em pacientes diagnosticados com câncer em Juiz de Fora - MG"				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Medicina		3. Código: 4.01	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) E	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) Não se aplica		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções) Câncer; Depressão; Qualidade de vida.				
SUBJETOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro: Total: 204		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (x)		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Guilherme Henrique Faria do Amaral				
12. Identidade: MG - 026896	13. CPF: 032523836 - 75	19. Endereço (Rua, n.º): Avenida Independência, n.º 2118		
14. Nacionalidade: Brasileiro	15. Profissão: Psiquiatra	20. CEP: 36025-290	21. Cidade: Juiz de Fora	22. U.F.: MG
16. Maior Titulação: Pós-graduação	17. Cargo: Professor	23. Fone: (32) 9112.9237 (32) 3234.1122	24. Fax:	
18. Instituição a que pertence: UNIPAC - UF (FAME)		25. E-mail: guilhermefamara@ig.com.br		
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados científicos favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 28/04/2011				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome: Instituto Oncológico		29. Endereço (Rua, n.º): Rua Santos Dumont, n.º 56, Bairro: Granbery		
27. Unidade/Órgão: Privado		30. CEP: 36010510	31. Cidade: Juiz de Fora	32. U.F.: MG
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone: (32) 36908000	34. Fax: (32) 36908050	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)				
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: Narciso Francisco Pazzinato Data: 28/04/2011				
PATROCINADOR				
36. Nome:		39. Endereço:		
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: / /	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: / /	48. Não Aprovado () Data: / /	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: / /				
Encaminhamento a CONEP: - 50: Os dados acima para registro (-) 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / /		53. Coordenador/Nome: Assinatura: _____ Anexar o parecer consubstanciado		
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente:	56. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:		
55. Processo:				
58. Observações:				





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 frequência 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 qualidade 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, 29 de abril de 2011.

Dr. César Carvalho Esteves
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
FAME/JF - UNIPAC

Dr. João Paulo Vieira
Diretor do ASCOMCER
CRM 26171/5





MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: "Qualidade de vida e frequência de depressão em pacientes diagnosticados com câncer em Juiz de Fora - MG"			
2. Área de Conhecimento (Ver relação no verso) Medicina		3. Código: 4.01	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) B
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) Não se aplica		6. Código(s): -----	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Uniformes: (3 opções) Câncer: Depressão; Qualidade de vida.			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro: Total: 204	10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrão/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (x)		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: Guilherme Henrique Faria do Amaral			
12. Identidade: MG - 026896	13. CPF: 032523836 - 75	19. Endereço (Rua, n.º): Avenida Independência, n.º 2118	20. CEP: 36025-290
14. Nacionalidade: Brasileiro	15. Profissão: Psiquiatra	21. Cidade: Juiz de Fora	22. UF: MG
16. Maior Titulação: Pos-graduação	17. Cargo: Professor	23. Fone: (32) 9112 9237	24. Fax: -----
18. Instituição a que pertence: UNIPAC - IF (FAMÉ) -		25. E-mail: guilherme.faria@unipac.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados desta pesquisa em revistas científicas ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 28/04/2011 Assinatura: _____			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: ASCOMCER		29. Endereço (Rua, n.º): Avenida Independência, n.º 3500. Bairro: Cascatinha	
27. Unidade/Órgão: Estadual Hospital Filantropico	30. CEP: 36.025.290	31. Cidade: Juiz de Fora	32. UF: MG
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)	33. Fone: (32) 33114000	34. Fax: (32) 33114032	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: Dr. João Paulo Vieira Cargo: Diretor Data: 29/04/2011 Assinatura: _____			
PATROGINADOR			
36. Nome:		39. Endereço:	
37. Responsável:	40. CEP:	41. Cidade:	42. UF:
38. Cargo/Função:	43. Fone:	44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada:	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: / /	48. Não Aprovado () Data: / /
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: / / Data: / /			
Encaminhamento a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / /		53. Coordenador/Nome: Assinatura: _____	Anexar o parecer substantiado.
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente:	56. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:	
55. Processo:			
58. Observações:			

