

MARISA NOSRALLA

**CORRELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, QUALIDADE DE VIDA E
DOR EM PACIENTES COM CÂNCER**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

São Paulo

2010

MARISA NOSRALLA

**CORRELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, QUALIDADE DE VIDA E
DOR EM PACIENTES COM CÂNCER**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Mestre em Ciências .

Orientador: Luis Roberto Gerola

Coorientador:

Profa. Dra. Rioko Kimiko Sakata

São Paulo

2010

Nosralla, Marisa

Correlação entre depressão, qualidade de vida e dor em pacientes com câncer / Marisa Nosralla. – São Paulo, 2010.

Tese (mestrado) Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina Programa de Pós-graduação em Ciências

Título em inglês :

Correlation between depression, quality of life and pain in cancer patients

1. Câncer. 2. Dor. 3. Depressão.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DISCIPLINA DE ANESTESIOLOGIA, DOR E TERAPIA INTENSIVA

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Lídia Massako Ferreira

Coordenador do Programa de Pós-graduação: Prof. Dr Fausto Miranda Jr

MARISA NOSRALLA

**CORRELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, QUALIDADE DE VIDA E
DOR EM PACIENTES COM CÂNCER**

Presidente da Banca: Prof. Dr. _____

Banca Examinadora: Prof. Dra. M.Margarida M. J. de Carvalho

Prof. Dra. Adriana Machado Issy

Prof. Dra. Silvia Regina Graziani

Prof. Dra. Maria Angela Tarfelli (Suplente)

Dedicatória

Aos meus irmãos e sobrinhos que estiveram sempre presentes na minha vida.

Agradecimentos

Às orientadoras Dra. Rioko Kimiko Sakata e Dra .Adriana Machado Issy, que com paciência e orientação, permitiram a realização deste sonho.

À Equipe do Ambulatório de Dor, que me acolheu durante a realização desta pesquisa.

À Dra Ana Cecília Senise ,pelo apoio, amizade e incentivo nos momentos difíceis.

À Simone, que esteve sempre disponível para auxiliar e facilitar o meu trabalho.

À Márcia, que ajudou na digitação

À Rita Ortega e Adriana, que se empenharam na busca bibliográfica.

Aos pacientes e familiares, que colaboraram na coleta de dados.

A Dra Silvia Regina Graziani, pela compreensão nos momentos em que me ausentei no trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 1 |
| 2 | OBJETIVO | 2 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 3 |
| 3.1 | Dor no câncer | 3 |
| 3.1.2 | Significado emocional da dor | 3 |
| 3.1.3 | Dor e alterações psicológicas | 5 |
| 3.2 | Depressão | 6 |
| 3.2.1 | Câncer e depressão..... | 7 |
| 4 | MÉTODO | 9 |
| 4.1 | Tipo de Estudo | 9 |
| 4.2 | Pacientes..... | 9 |
| 4.3 | Avaliação..... | 9 |
| 4.4 | Estudo estatístico | 10 |
| 5 | RESULTADOS..... | 12 |
| 5.1 | Dados sociodemográficos | 12 |
| 5.2 | Localização e tratamento do tumor | 12 |
| 5.3 | Relacionamento familiar e social | 13 |
| 5.4 | Fatores para enfrentamento da doença | 14 |
| 5.5 | Intensidade da dor..... | 15 |
| 5.6 | Qualidade da dor | 15 |
| 5.7 | Depressão | 18 |
| 5.8 | Qualidade de vida..... | 18 |
| 5.9 | Correlação entre dor, depressão e qualidade de vida..... | 20 |
| 6 | DISCUSSÃO | 21 |
| 6.1 | O processo do adoecer..... | 21 |

| | | |
|-----|--|----|
| 6.2 | Coleta de dados | 21 |
| 6.3 | Variáveis sociodemográficas e depressão | 23 |
| 6.4 | Dor e depressão | 24 |
| 6.5 | Câncer e depressão | 25 |
| 6.6 | Estratégias de enfrentamento e depressão | 25 |
| 6.7 | Relacionamento familiar e social e depressão | 26 |
| 6.8 | Espiritualidade e depressão | 27 |
| 7 | CONCLUSÕES | 29 |
| 8 | ANEXOS | 30 |
| 9 | REFERÊNCIAS..... | 61 |

ABSTRACT

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Ocupação do paciente..... | 12 |
| Tabela 2 – Relacionamento familiar e social | 13 |
| Tabela 3 – Cuidadores dos pacientes | 14 |
| Tabela 4 – Fatores auxiliares no enfrentamento da doença..... | 14 |
| Tabela 5 – Intensidade da dor pela Escala Numérica | 15 |
| Tabela 6 – Qualidade da dor relatada pelos pacientes | 16 |
| Tabela 7 – Fatores que pioram a dor | 17 |
| Tabela 8 – Fatores que melhoram a dor | 17 |
| Tabela 9 – Escores de qualidade de vida pelo questionário FACIT-SP-12 | 18 |
| Tabela 10 – Qualidade de vida por domínio pelo FACIT-SP-12..... | 19 |
| Tabela 11 – Correlação de Spearman entre os escores de dor, depressão e qualidade de vida | 20 |

RESUMO

Justificativa e Objetivos: A dor de câncer provoca alterações no humor e prejudica a qualidade de vida dos pacientes. Pode haver semelhança entre algumas manifestações emocionais da doença e os efeitos colaterais dos tratamentos, sendo importante a avaliação de forma adequada. O objetivo deste estudo foi avaliar a correlação entre depressão e qualidade de vida em pacientes com câncer e dor.

Método: Foi feito estudo prospectivo, aberto, não comparativo de 50 pacientes, ≥ 18 anos com câncer e dor. Foram coletados dados sociodemográficos, história, antecedentes pessoais e informação sobre o tumor. Foram avaliados: intensidade da dor pela Escala numérica (0 – 10), depressão (Inventário de depressão de Beck) e qualidade de vida (FACIT – SP – 12). Utilizou – se a correlação de Spearman para avaliar a relação entre as medidas.

Resultados: A média de idade foi de $54,6 \pm 16,8$ anos, sendo 40% do sexo masculino e 60% do feminino. O relacionamento familiar foi considerado bom por 98% e ruim por 2%; o relacionamento social foi considerado bom por 88% e ruim por 12%. Os cuidadores foram familiares (84%), rede social (12%), sendo que 6% não tinham. A intensidade foi leve (1-4) em 16%, moderada (5 e 6) para 20% e intensa (7-10) para 64%.

Foi encontrada depressão em 26%, seguindo a nota de corte de ≥ 21 . A qualidade de vida foi considerada ótima para 16%, boa para 28%, ruim para 44% e péssima para 12% dos pacientes. A intensidade da dor foi correlacionada diretamente com grau de depressão e inversamente com a qualidade de vida.

Conclusão: A dor do câncer está associada a depressão e a piora da qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico de uma doença grave provoca diferentes reações emocionais (medo, incerteza e culpa), prejudicando a qualidade de vida do paciente. Entre essas doenças, em especial o câncer, tem um significado ameaçador à vida, mesmo quando é considerado de bom prognóstico (Manning-Walsh, 2005).

Os pacientes com câncer manifestam alterações de humor durante a evolução da doença, seja na fase inicial ou com o agravamento do quadro clínico. Os critérios para diagnóstico das alterações como ansiedade, tristeza e depressão são diferentes daqueles de doença psiquiátrica (Endicott, 1984; Breitbart, Paine, 1998, 2000; Akechi et al., 2003; Miller, Massie, 2006).

Como pode haver semelhança entre algumas manifestações emocionais da doença e os efeitos colaterais dos tratamentos, é necessário o enfoque multidisciplinar para avaliar e tratar os pacientes, visando diminuir o sofrimento emocional e auxiliar na busca de estratégias de enfrentamento da doença.

A dor como sofrimento, se manifesta no nível físico, mas também é vivenciada de forma subjetiva e individual. O significado emocional da dor pode interferir na intensidade do sintoma, dependendo da personalidade do indivíduo, do apoio familiar e social, das crenças religiosas e espirituais, de fatores culturais, e da limitação funcional na vida cotidiana (Risdon et al, 2003).

A grande maioria dos pacientes portadores de câncer apresenta dor em algum estágio da doença ou tratamento (Breitbart, Payne, 1998, 2000). A presença da depressão em pacientes com dor de câncer é relatada na literatura, sendo sua ocorrência maior do que na população em geral (Reyes-Gibby et al., 2006). Assim como a dor crônica provoca depressão, a presença de depressão causa aumento da intensidade da dor. Dessa forma, sua avaliação e tratamento são fundamentais para melhorar a qualidade de vida.

2 OBJETIVO

Avaliar a correlação entre depressão e qualidade de vida em pacientes com câncer e dor.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Dor no câncer

A dor é muito frequente ocorrendo em cerca de 70% dos pacientes com câncer, em algum período da doença (Breitbart, Payne, 1998; Teixeira, 2003; Sakata, 2004). Segundo alguns autores (Regan, Perg, 2000; Teixeira, 2003; Sakata, 2004), a dor nos pacientes oncológicos pode ser decorrente de: tumor (invasão óssea; infiltração e compressão dos plexos e nervos periféricos, distensão ou torção de vísceras; obstrução de vasos sanguíneos e infiltração ou necrose de mucosas), procedimentos terapêuticos (incisão ou cicatriz, dor de membro fantasma, neurite traumática, mucosite e neuropatia actínica), procedimentos utilizados para diagnóstico (biópsia, coleta de sangue), síndromes paraneoplásicas (trombose venosa profunda), e dor não relacionada à doença oncológica.

3.1.2 Significado emocional da dor

O significado emocional da dor e da doença depende da personalidade do indivíduo, isto é, não somente como ele vivencia essa situação, mas também como ele lida com as experiências prazerosas e frustrantes durante sua vida (Breitbart, 1998, 2000). A dor pode ter uma conotação de ameaça, punição ou julgamento (Strang, 1998). Segundo Kovacs (1996), as modificações que ocorrem na vida de um indivíduo com câncer, podem ser interpretadas como um sentimento de ameaça de morte.

O conceito da dor total engloba vários outros componentes além do físico, associado a lesões anatômicas (Saunders, 1976, 1991).

A dor psíquica está associada ao medo do desconhecido, da incerteza, da insegurança, da perda e da morte. O indivíduo sente tristeza, raiva, revolta, desespero e depressão. É vivenciada pela pessoa como sendo algo que ameaça a sua integridade. A dor física é mais aceitável sócio-culturalmente, enquanto a dor

psíquica é considerada como um sinal de fraqueza de personalidade. Os pacientes procuram o alívio do sofrimento psicológico e emocional, buscando assistência médica para a dor física (Fortes, 1997).

Existe a dor social em que o paciente sente isolamento, rejeição e abandono. Segundo Simonton (1987), a dor pode trazer alguns benefícios para o indivíduo, como receber cuidados e atenção ou livrar-se de uma situação difícil com a qual precisa lidar no momento. Por outro lado, o paciente torna-se dependente e se sente inútil. Para Forlenza (1994), o comportamento patológico que impede o tratamento eficaz, pode levar ao ganho secundário da dor. O paciente pode sentir sua dor como única e que ninguém pode aliviá-la. A dor torna-se o centro de suas atenções e lamentações. Ele se sente vítima de sofrimento intenso e apresenta pouca disposição para lidar com essa situação. Mantêm-se numa atitude mais passiva, com queixas múltiplas relacionadas ou não ao quadro algico e de expectativa de uma melhora que ele não acredita (Ribeiro, 1996).

Na dor espiritual ocorre falta de sentido na vida e na morte. Com a evolução da doença, o paciente apresenta medo do pós-morte, do submeter-se e das desculpas perante Deus.

Muitas vezes ocorre dor financeira (perdas, dificuldades). Pode ocorrer dor familiar pelo abandono, quando há perda da autonomia (Carvalho, 2004).

A dor produz mudanças profundas e significativas na vida do indivíduo, principalmente nos pacientes com câncer, com perdas da mobilidade, das relações (sociais, profissionais e familiares) e dos momentos prazerosos.

O paciente pode acreditar que está sendo castigado e as vezes tem sentimento de culpa que pode prejudicar a disposição para seguir um tratamento. Acredita não ser merecedor de ajuda, mas por outro lado, quer carinho, atenção e que o outro o estimule a se cuidar (Ribeiro, 1996).

3.1.3 Dor e alterações psicológicas

A dor provoca alterações emocionais temporárias ou duradouras, que podem interferir no seu tratamento (Lobato,1992; Large,1996; Pimenta,1999; Fortes, 2002).

Diante do diagnóstico de câncer, recidiva ou tratamento sem sucesso podem ocorrer período de choque inicial e descrença, seguido por um período de crise com sintomas mistos de ansiedade e depressão, irritabilidade e redução do apetite e alteração do sono (Miller, Massie, 2006).

Os pacientes com dor crônica apresentam transtornos de humor incluindo a depressão (Degoratis et al.,1983; Lobato,1992; Forlenza,1994; Woodforde, Fielding, 1994; Botega et al., 2002; Guerzenstein, 2002). O risco de morbidade psicológica é maior na doença avançada, na recidiva, com piora da capacidade física e quando há história familiar de depressão (Wilson et al., 2000; Akechi et al., 2003; Buttler et al., 2003; Massie, 2004; Wasan et al., 2005; Doorenbos et al., 2006).

O paciente com câncer pode ter medo da dependência causada pela limitação física, do isolamento social e do sofrimento no processo do morrer. O nível de estresse psicológico é variável e depende de diversos fatores: físico, apoio social, capacidade de enfrentamento e personalidade (Portnoy, Foley,1990).

O apoio social pode ser feito através de assistência emocional (cuidado e interesse) ou instrumental (provisão de bens materiais). A falta desse apoio tem sido relacionada à depressão (Wilson et al., 2000; Manning – Walsh, 2005).

Os fatores psicológicos, como ansiedade, depressão e significado da dor para o paciente, podem intensificar a percepção da dor (Breitbart, Payne,1998, 2000).

Os pacientes com câncer, que atribuem a dor a uma causa não oncológica, relataram menor intensidade de dor, em comparação àqueles que acreditam que a dor representa progressão da doença (Daut, Cleeland, 1982).

O sofrimento causado pelo tratamento ou progressão da doença e estratégias inadequadas de enfrentamento, desempenham papel significativo na intensidade de dor (Breitbart, Payne,1998), e nos distúrbios de humor (Breitbart, Passik,1993; Figueiró,1999).

Dor e alterações psicológicas estão associados à idéia suicida nos pacientes com câncer (Breitbart, Passik,1993; Massie, Shakin,1993; Breitbart, Payne,1998; Akechi et al., 2002; O' Mahony et al., 2005; Wasan et al., 2005; Miller, Massie, 2006).

3.2 Depressão

A depressão após o diagnóstico de câncer é frequentemente esperada.

As manifestações de depressão são: disforia, sentimento de desesperança e desamparo, perda da auto-estima, sentimentos de inutilidade ou culpa, anedônia e pensamento de querer morrer ou idéia suicida (Massie, Popkin, 1998; Miller, Massie, 2006).

Segundo critério de classificação do DSM-IV (American Association of Psychiatry, 1995), a depressão é descrita com as seguintes características básicas: humor depressivo a maior parte do dia, diminuição de interesse e prazer por quase todas as atividades que normalmente seriam agradáveis, falta de reações a eventos ou atividades que normalmente produzem resposta emocional, insônia ou hipersônia, pior pela manhã, evidência de lentidão mental ou agitação psicomotora marcante, diminuição ou aumento de apetite, diminuição ou aumento de peso, redução da libido, fadiga ou diminuição de energia, sentimentos de baixa autoestima ou culpa inapropriada, capacidade diminuída para pensar, concentrar-se ou tomar decisões e pensamentos recorrentes de morte ou idéia suicida, plano ou tentativa de suicídio.

A diminuição do interesse e prazer nas atividades são importantes na avaliação da depressão. O diagnóstico deve ser feito baseado em um conjunto de manifestações, associadas ao prejuízo funcional do indivíduo (Wilson et al, 2000; Botega et al, 2002).

O humor depressivo varia de tristeza, que é reação normal às frustrações ou perdas, até depressão patológica, onde os sinais e sintomas ultrapassam uma reação normal a perda ou luto (Wilson et al, 2000; Botega et al, 2002).

O paciente com humor depressivo permanece mobilizando seus recursos para enfrentar a doença, apesar da desesperança, enquanto que na depressão, o paciente desistiu de lutar pela vida (Cavanaugh, 1995; Wilson et al, 2000; Botega et al, 2002).

Alguns fatores podem determinar a prevalência da depressão. Pacientes jovens apresentam maior incidência de depressão, principalmente com doença grave, como o câncer, por sentimento de que a vida teve uma interrupção, ambições não foram atingidas e inquietações sobre o bem estar dos dependentes. A existência de desordem afetiva prévia e alcoolismo, e a presença de dor aumenta a incidência de depressão (Chochinov et al, 1994; Massie, Popkin, 1998; Wilson et al, 2000).

A depressão altera a capacidade física e a qualidade de vida dos pacientes (Breitbart, Payne, 2000; Massie, 2004). Associada à dor, causa aumento da morbidade e mortalidade e aumento da intensidade da dor além da dificuldade para enfrentar situação de estresse (Marazzati et al, 2006). Segundo Fortes (1997) a depressão pode gerar a dor.

3.2.1 Câncer e depressão

O paciente com câncer pode apresentar depressão pela perda da saúde e perda antecipatória, incluindo a morte (Massie, Shakin, 1993). A capacidade para se concentrar e continuar realizando as atividades diárias estão prejudicadas e o pensamento sobre o diagnóstico e o medo do futuro podem interferir no bem estar emocional do paciente. Essas manifestações podem melhorar com o apoio familiar, social e as explicações médicas do plano de tratamento (Miller, Massie, 2006).

O paciente pode se isolar socialmente para evitar expressar seu estado

emocional e não preocupar os familiares e amigos. A incapacidade física, a dor, além de outros fatores relacionados à doença estão relacionadas à depressão (Wilson et al, 2000).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

O estudo foi prospectivo, aberto e não comparativo. Foi realizado no Ambulatório de Dor da UNIFESP após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Foi executado conforme preconizada na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, relativa às Diretrizes Éticas e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos

O recrutamento foi realizado entre pacientes do ambulatório.

4.2 Pacientes

Foram avaliados 50 pacientes ambulatoriais, ≥ 18 anos, de ambos os sexos, com câncer e dor, capacidade para compreender a explicação das questões e verbalização adequada para participarem da pesquisa, na primeira consulta.

4.3 Avaliação

Foi realizada uma consulta para coletar os dados sociodemográficos, história e antecedentes pessoais. Também foram obtidas informações sobre localização do tumor, tempo do diagnóstico e tratamento. Foram anotadas: localização; fatores que pioram e melhoram a dor, características da dor e duração, além da medicação utilizada (Anexo 2). A entrevista foi elaborada pela pesquisadora em função dos dados observados nos pacientes com câncer e da literatura.

A intensidade da dor foi avaliada pela escala numérica verbal (ENV) de 11 pontos (0 a 10), onde zero é ausência de dor e 10 a dor mais intensa possível. Foi considerada dor leve escores de 1 a 4 pela ENV; moderada de 5-6 e intensa de 7-10 (Serlin et al,1995).

A depressão foi mensurada pelo inventário de depressão de Beck (Beck Depression Inventory), constituído de 21 itens referentes a sintomas cognitivos-afetivos e somáticos e escores que variam de 0 a 3 em cada afirmação. A classificação da intensidade da depressão, conforme versão autorizada em português é: mínima (0-11), leve (12-19), moderada (20-35) e grave (36-63) (Cunha, Fleck, 1998; Cunha, 2001) (Anexo 3). Foi feita também a classificação original com a nota de corte de escores ≥ 21 como depressão para pacientes não psiquiátricos, sugerida por diversos autores (Oliver, Simmons, 1984; Geisser et al, 1997; Morley et al, 2001).

A qualidade de vida foi avaliada pela escala FACIT-SP-12 (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy), elaborada por Cella (1999) e que foi traduzida e supervisionada por Bononi e Cella em 1996. A autorização para utilização do instrumento foi dada pelo *Outcomes Research in Education and Professor da Northwestern University Department of Psychiatric and Behavioral Science* (Anexo 4). Esta escala é composta de 5 sub-escalas: bem-estar físico, bem-estar emocional, bem-estar familiar/social, bem-estar funcional e bem-estar espiritual. Esses aspectos da qualidade de vida são avaliados através de afirmações, que podem ser classificadas por níveis que variam de 0 até 4 (nem um pouco, um pouco, mais ou menos, muito e muitíssimo) e referentes aos sete dias anteriores a data da aplicação (Anexo 5). Foram criadas categorias para as sub-escalas da qualidade de vida e para a soma de todos os domínios. Após mensuração da média dos escores e o desvio padrão de cada categoria, considerou-se a variabilidade para dois desvios padrão acima da média como ótima, um desvio padrão acima como boa, um desvio padrão abaixo como ruim e dois desvios padrão abaixo como péssima.

4.4 Estudo estatístico

O programa estatístico utilizado para análise dos resultados foi o InStat Graph®. Foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos, levando-se em consideração a natureza das variáveis estudadas. Foram utilizadas mensurações de

tendência central, médias e dispersão (desvio-padrão). O nível de significância estatística foi fixado em < 0.05 .

Foram verificadas as relações entre as medidas através da correlação de Spearman (Conover, 1980), utilizando os escores originais atribuídos às escalas. Foram descritos os cruzamentos entre as categorias das medidas com tabelas de contingência (Tabelas cruzadas) (Bussab, Morettin, 1987).

5 RESULTADOS

5.1 Dados sociodemográficos

Dos 50 pacientes avaliados, 20 (40%) eram do sexo masculino e 30 (60%) do sexo feminino, com média de idades de $54,6 \pm 16,8$ anos. Vinte e quatro (48%) eram casados; 17 (34%), separados ou viúvos; e 9 (18%), solteiros. O grau de escolaridade foi 18% analfabetos, 28% fundamental-1, 14% fundamental-2 e 16% superior (Anexo 6).

Em relação a ocupação, 36 (72%) estavam afastados, 13 (26%) aposentados e 1 (2%) desempregado (Tabela 1 e anexo 6).

Tabela 1. Ocupação dos pacientes

| Ocupação | Pacientes | |
|--------------|-----------|-----|
| | (n) | (%) |
| Afastado | 36 | 72 |
| Aposentado | 13 | 26 |
| Desempregado | 1 | 2 |
| Total | 50 | 100 |

5.2 Localização e tratamento do tumor

As localizações dos tumores eram: próstata (16%), pulmão (16%), mama (14%), útero (12%), cólon e reto (10%), cabeça e pescoço (8%), estômago e esôfago (8%), pâncreas (6%) e outros locais (10%) (Anexo 7).

Os pacientes foram tratados com quimioterapia (62%), cirurgia (32%) e radioterapia (32%), sendo que 18% não receberam tratamento (Anexo 7). Os pacientes sem tratamento haviam recebido o diagnóstico recentemente, ou haviam tido alta após cirurgia oncológica ou apresentavam doença em estágio avançado na época do diagnóstico.

5.3 Relacionamento familiar e social

O relacionamento familiar foi considerado bom por 49 (98%) pacientes e ruim por 1 (2%). O relacionamento social foi considerado bom por 44 (88%) pacientes e ruim por 6 (12%) (Tabela 2 e Anexo 8).

Do total de pacientes, 44 (88%) residiam com algum familiar, 3 (6%) com amigo e 3 (6%) sozinhos (Anexo 6).

Tabela 2. Relacionamento familiar e social

| | Relacionamento Familiar | | Relacionamento Social | |
|-------|-------------------------|-----|-----------------------|-----|
| | n | % | N | % |
| Bom | 49 | 98 | 44 | 88 |
| Ruim | 1 | 2 | 6 | 12 |
| Total | 50 | 100 | 50 | 100 |

Os familiares exerciam papel de cuidadores para 42 (84%) pacientes, a rede social (amigos e empregador) para 6 (12%) e 3 (6%) não tinham cuidadores (Tabela 3 e Anexo 8).

Tabela 3. Cuidadores dos pacientes

| | Pacientes | |
|----------|------------------|------------|
| | (n) | (%) |
| Familiar | 42 | 84 |
| Amigo | 16 | 12 |
| Não tem | 3 | 6 |

5.4 Fatores para enfrentamento da doença

Os fatores que contribuíram para os pacientes enfrentarem a doença estão na tabela 4 e anexo 8.

Tabela 4. Fatores auxiliares no enfrentamento da doença

| Fatores auxiliares | Pacientes | |
|---------------------------|------------------|------------|
| | (n) | (%) |
| Apoio Familiar | 36 | 72 |
| Fé | 29 | 58 |
| Apoio Social | 16 | 32 |
| Distração | 3 | 6 |
| Atendimento médico | 2 | 4 |
| Ocupação | 1 | 2 |

5.5 Intensidade da dor

A intensidade da dor está apresentada na tabela 5 e no anexo 7.

Tabela 5. Intensidade da dor pela escala numérica verbal

| Intensidade da dor | Pacientes | |
|--------------------|-----------|-----|
| | (n) | (%) |
| 1 a 4 = leve | 8 | 16 |
| 5 e 6 = moderada | 10 | 20 |
| 7 a 10 = intensa | 32 | 64 |

5.6 Qualidade da dor

A qualidade da dor está descrita na tabela 6 e anexo 9. Os fatores que pioram a dor estão na tabela 7 e anexo 9 e os que melhoram a dor estão na tabela 8 e anexo 9.

Tabela 6. Qualidade da dor relatado pelos pacientes

| Qualidade | Pacientes | |
|------------|-----------|-----|
| | (n) | (%) |
| Queimação | 25 | 50 |
| Pontada | 13 | 26 |
| Latejante | 7 | 14 |
| Agulhada | 1 | 2 |
| Ardência | 5 | 10 |
| Fisgada | 4 | 8 |
| Choque | 4 | 8 |
| Aperto | 1 | 2 |
| Perfurante | 1 | 2 |
| Pressão | 2 | 4 |
| Pulsátil | 2 | 4 |
| Facada | 2 | 4 |
| Rasgando | 1 | 2 |
| Espetada | 2 | 4 |
| Cólica | 3 | 6 |
| Cortante | 1 | 2 |
| Repuxão | 2 | 4 |
| Dormência | 2 | 4 |

Tabela 7. Fatores que pioram a dor

| Fatores | Pacientes | |
|--------------------|-----------|-----|
| | (n) | (%) |
| Deambulação | 9 | 18 |
| Sentar | 9 | 18 |
| Ficar em pé | 8 | 16 |
| Movimentação | 8 | 16 |
| Esforço | 6 | 12 |
| Alteração de humor | 6 | 12 |
| Alimentação | 5 | 10 |
| Deitar | 5 | 10 |
| Outros | 9 | 18 |

Tabela 8. Fatores que melhoram a dor

| Fatores | Pacientes | |
|--------------|-----------|-----|
| | (n) | (%) |
| Medicação | 16 | 32 |
| Deitar | 13 | 26 |
| Calor | 5 | 10 |
| Movimentação | 4 | 8 |
| Outros | 22 | 44 |

5.7 Depressão

Foi encontrada depressão em 13 (26%) pacientes, seguindo a nota de corte de maior ou igual à 21 pelo Inventário de depressão de Beck (Anexo 10). Os escores do BDI sem a nota de corte estão no anexo 10.

5.8 Qualidade de vida

As médias dos escores de qualidade de vida pelo questionário FACIT-SP estão na tabela 9 e os escores individuais estão no anexo 11.

Tabela 9. Escores de qualidade de vida pelo questionário FACIT-SP-12

| Domínio | Média dos escores | Valor de referência |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Físico | 15,3 ± 5,3 | 0 - 28 |
| Sócio-familiar | 17,0 ± 5,0 | 0 - 28 |
| Emocional | 16,5 ± 5,1 | 0 - 24 |
| Funcional | 12,0 ± 5,0 | 0 - 28 |
| Preocupações adicionais | 32,1 ± 7,4 | 0 - 48 |
| Total | 93,3 ± 20,7 | 0 - 156 |

A média dos escores do domínio físico foi 15,3 pontos ± 5,3 pontos; do sócio-familiar, 17,0 ± 5,0; do emocional, 16,5 ± 5,1; do funcional, 12,0 ± 5,0; do preocupações adicionais, 32,5 ± 7,4; e do total do FACIT, 93,3 ± 20,7. Foi considerada qualidade de vida péssima para pacientes com mais de 1dp abaixo da média, ruim para pacientes com pontuação entre a média e 1dp abaixo da média, boa para pacientes entre a média e 1dp acima da média e ótima para pacientes com pontuação acima de 1dp acima da média.

A maioria dos pacientes apresentou qualidade de vida ruim ou péssima. A qualidade de vida foi considerada péssima ou ruim em 28 (56%) pacientes, sendo 24

(48%) no domínio físico; 20 (40%) no sócio-familiar; 22 (44%) no emocional; 22 (44%) no funcional e 21 (42%) nas questões relacionadas às preocupações adicionais (Tabela 10 e anexo 11).

Tabela 10. Qualidade de vida por domínio pelo FACIT-SP-12

| Domínio | Categoria | Freqüência | % |
|----------------------------|------------------|-------------------|----------|
| Físico | Péssima | 8 | 16 |
| | Ruim | 16 | 32 |
| | Boa | 20 | 40 |
| | Ótima | 6 | 12 |
| Sócio-familiar | Péssima | 7 | 14 |
| | Ruim | 13 | 26 |
| | Boa | 22 | 44 |
| | Ótima | 8 | 16 |
| Emocional | Péssima | 7 | 14 |
| | Ruim | 15 | 30 |
| | Boa | 18 | 36 |
| | Ótima | 10 | 20 |
| Funcional | Péssima | 10 | 20 |
| | Ruim | 11 | 22 |
| | Boa | 20 | 40 |
| | Ótima | 9 | 18 |
| Preocupações adicionais | Péssima | 8 | 16 |
| | Ruim | 13 | 26 |
| | Boa | 21 | 42 |
| | Ótima | 8 | 16 |
| Total QV | Péssima | 6 | 12 |
| | Ruim | 22 | 44 |
| | Boa | 14 | 28 |
| | Ótima | 8 | 16 |
| | Total | 50 | 100 |

QV= qualidade de vida

5.9 Correlação entre dor, depressão e qualidade de vida

As correlações entre dor, depressão e qualidade de vida estão na tabela 11. A intensidade de dor está diretamente relacionada com o grau de depressão ($r = 0,317$ e $p = 0,025$) e inversamente relacionada com os domínios da qualidade de vida ($p < 0,05$). A depressão está inversamente relacionada com a qualidade de vida ($r = -0,627$ e $p < 0,001$).

Tabela 11. Correlações de Spearman entre os escores de dor, depressão e qualidade de vida.

| Correlação | Dor | Depressão | Físico | Soc/Fam | Emocional | Funcional | Preoc. |
|------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Depressão | r 0,317 | | | | | | |
| | p 0,025 | | | | | | |
| | n 50 | | | | | | |
| Físico | r -0,419 | -0,566 | | | | | |
| | p 0,002 | <0,001 | | | | | |
| | n 50 | 50 | | | | | |
| Soc/Fam | r -0,124 | -0,215 | 0,284 | | | | |
| | p 0,392 | 0,134 | 0,046 | | | | |
| | n 50 | 50 | 50 | | | | |
| Emocional | r -0,170 | -0,548 | 0,386 | -0,020 | | | |
| | p 0,239 | <0,001 | 0,006 | 0,889 | | | |
| | n 50 | 50 | 50 | 50 | | | |
| Funcional | r -0,351 | -0,597 | 0,545 | 0,529 | 0,435 | | |
| | p 0,012 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | 0,002 | | |
| | n 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | | |
| Preoc. | r -0,332 | -0,367 | 0,364 | 0,466 | 0,330 | 0,603 | |
| | p 0,019 | 0,009 | 0,009 | 0,001 | 0,019 | <0,001 | |
| | n 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | |
| Total QV | r -0,399 | -0,627 | 0,695 | 0,621 | 0,562 | 0,865 | 0,772 |
| | p 0,004 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| | n 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |

r = correlação; p = nível descritivo de teste; QV= qualidade de vida;

Soc= social; Fam= familiar; preoc.= preocupações adicionais

6 DISCUSSÃO

6.1 O processo do adoecer

O diagnóstico de uma doença como o câncer desencadeia um sentimento de estar com a vida ameaçada na maioria das pessoas. O indivíduo fica em estado de choque e de descrença no diagnóstico. Surgem emoções desagradáveis, como ansiedade, depressão, desesperança e raiva.

A ansiedade ocorre em função das dúvidas associadas à doença. A eficácia do tratamento, os efeitos colaterais, o medo de sentir dor incontrolável e a possibilidade de morrer estão presentes durante o tratamento (Stedeford, 1986; Rowland, 1990; Fox, 1998; Barraclough, 1998).

O medo do desfiguramento causado pelas sequelas da cirurgia e outros tratamentos, é vivido de forma angustiante. A mudança na aparência física (perda de cabelo, diminuição ou aumento de peso e alteração na cor e textura da pele) e a necessidade de utilizar próteses, interferem na auto-estima. Essas alterações estão sempre presentes no seu cotidiano, mesmo quando os paciente querem esquecer a doença. Surge um sentimento de perda de controle da doença, do seu corpo e da vida, tornando o indivíduo dependente dos médicos e dos familiares.

O futuro é indefinido e os projetos a longo-prazo necessitam ser reestruturados ou adiados. O planejamento das prioridades é refeito, havendo necessidade de elaborar objetivos possíveis de serem alcançados em curto tempo.

6.2 Coleta de dados

A dor oncológica pode ocorrer em qualquer etapa da doença (Breitbart, Payne, 2000). Dessa forma houve variação do tempo entre o diagnóstico e a avaliação dos pacientes no ambulatório de Dor.

Todos os 50 pacientes oncológicos avaliados estabeleceram uma relação de confiança durante a coleta dos dados, expressando seus sentimentos mais íntimos. A entrevista e a aplicação dos questionários limitaram-se à postura de escuta e acolhimento.

Para os pacientes com analfabetismo funcional (dificuldade na leitura e compreensão do texto), os questionários foram lidos explicados e preenchidos pela pesquisadora.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um instrumento muito usado na literatura para avaliar a depressão (Kendall et al., 1987; Cunha, Fleck, 1998; Turk, Okifuji, 1999; Wasan et al., 2005; O' Mahony et al., 2005; Faye et al., 2006). Apesar da validade de sua utilização, deve-se considerar que o estado emocional do paciente no momento do preenchimento, pode influenciar nas respostas, aumentando ou diminuindo os escores (Beck et al., 1961; Kendall et al., 1987; Cunha, Fleck, 1998).

Foram anotados os escores conforme o inventário original e também com a nota de corte dos escores de ≥ 21 conforme é a orientação para pacientes não psiquiátricos (Geisser et al., 1997; Morley et al., 2001).

O questionário FACIT-G (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*) é um instrumento usado para acompanhamento da qualidade de vida das doenças crônicas, tendo sido traduzido em mais de 45 idiomas (www.facit.org; Webster et al., 2003). Consta de quatro domínios (bem-estar físico, emocional, familiar/ social e funcional). O FACIT-SP-12 é uma ampliação do FACIT-G, com acréscimo de Informações adicionais (sensação de paz, propósito e sentido da vida, fé e crenças) (Anexo 4 e 5). A escala foi autorizada pelo centro responsável pela utilização do material em diversos países.

A mensuração através do FACIT-SP-12 é feita pela soma dos escores em cada dimensão, que variam de 0 a 4 (nem um pouco= 0, um pouco= 1, mais ou menos= 2, muito= 3, muitíssimo=4). Na tradução em português, algumas frases

estão na negativa, sendo necessário mudá-las para obter um resultado mais coerente. Dessa forma, as 7 variáveis da dimensão “bem estar físico”, 5 da dimensão “bem estar emocional” e 2 da dimensão “preocupações adicionais” tiveram as pontuações invertidas.

A escolha da inclusão do domínio “informações adicionais” para avaliar a qualidade de vida foi baseada nos estudos (Tuck et al, 2001; Mc Clain et al, 2003; Rippentrop et al, 2005; WHOQOL SRPB group, 2006) em que os autores observaram a importância das crenças religiosas e espirituais no enfrentamento dos pacientes com doença crônica, principalmente no câncer.

6.3 Variáveis sociodemográficas e depressão

A relação entre dor oncológica e idade ou sexo parece não estar bem estabelecida nas pesquisas (Doorenbos et al., 2006; Gagliese, Melzack, 2006).

Neste estudo a incidência de depressão foi maior no sexo feminino, de forma semelhante ao de Wilson et al. (2007a), que pesquisaram pacientes em cuidados paliativos. Alguns autores relatam que as mulheres procuram mais tratamento e expressam mais os sintomas e alguns fatores podem contribuir para este comportamento: físicos (hormonais, genéticos), influências sócio-culturais e psicológicas e maior preocupação e atenção com o corpo (Turk, Okifuji, 1999; Holdcroft, Berkeley, 2006).

Alguns autores relataram que a prevalência da depressão no câncer é maior nos idosos (Massie, 2004; Rao, Cohen, 2004; Miaskowski, 2004; Mistakidou et al, 2006; Wilson et al, 2007a). Deve ser levado em consideração que o câncer é mais prevalente nos idosos. Outros autores (Eli et al, 2005; Akhtar–Danesh, Landeen, 2007; Wilson et al, 2007a;) observaram mais depressão em jovens.

Neste estudo, houve menos idosos (acima de 65 anos), com 16 (32%) pacientes.

Em um estudo (Akhtar-Danesh, Landeen, 2007), não foi encontrada relação entre nível educacional e depressão. Neste estudo a maioria dos pacientes com depressão pelo questionário com corte em 21 pontos, era analfabeta funcional. Há que ser levado em consideração que ainda há muitos analfabetos em nosso meio, principalmente entre os atendidos em hospitais universitários.

Apesar de, por um lado os indivíduos com maior nível de escolaridade ter mais oportunidade de saber o que significa o câncer, também têm mais chance de obter melhor tratamento.

A dificuldade funcional é outro fator para depressão (Eli et al, 2005). Os pacientes tornam-se totalmente dependentes, o que acarreta alteração emocional.

6.4 Dor e Depressão

A dor intensa está relacionada à depressão, prejudicando a qualidade de vida. Interfere no funcionamento físico e na interação social, aumentando o sofrimento psicológico (Turk, Okifuji, 1999; Akechi et al, 2003; Buttler et al, 2003; Chen, 2003; O' Mahony et al, 2005; Mistakidou et al, 2006).

Neste estudo, a dor foi considerada moderada ou intensa por 84% dos pacientes. Vários fatores podem ter contribuído para os altos escores: falta de condições financeiras para comprar medicação, uso inadequado da medicação, preconceitos em relação à medicação, desconhecimento das condutas pelos profissionais e piora do quadro clínico no momento do encaminhamento para setor especializado.

Após revisarem as consultas no *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*, Breitbart e Payne (2000, 1998) perceberam que muitos pacientes oncológicos com ideação suicida, tinham associação com dor.

Neste estudo, muitos pacientes verbalizaram o desejo de morrer como solução para o alívio da dor, demonstrando a interferência da dor no sofrimento dos pacientes.

6.5 Câncer e Depressão

Alguns autores (Massie, 2004; Miaskowski, 2004; Gagliese, Melzack, 2006) realizaram revisão de depressão em pacientes oncológicos e notaram que a prevalência da depressão varia significativamente em função das diferentes conceituações da depressão, dos instrumentos utilizados, das populações estudadas e de outras variáveis (medicação, estágio da doença e tempo de diagnóstico). Todos esses fatores interferem no diagnóstico de depressão.

Um autor relatou que os sintomas de pacientes com câncer têm correlação com depressão (Doorenbos et al, 2006). Em um estudo não foi observada relação significativa entre proximidade da morte e depressão (Buttler et al, 2003). Eli et al (2005) também não encontrou correlação entre estágio do tumor e depressão. Em pacientes em cuidados paliativos, um estudo mostrou que existe correlação entre estado geral e depressão (Wilson et al, 2007b).

6.6 Estratégias de enfrentamento e depressão

O enfrentamento é um conjunto de estratégias (ações ou comportamentos) para lidar com uma ameaça iminente. A eficácia das estratégias de enfrentamento durante a vida de um indivíduo parece desempenhar um papel mais importante na vivência da dor crônica do que a variável idade ou sexo. O enfrentamento da doença está associado aos aspectos pessoais (fase do ciclo da vida, escolaridade, estado civil, personalidade, capacidade para lidar com situações estressantes e crenças religiosas e espirituais), sociais (apoio familiar e social, recursos da comunidade e financeiros) e físicos (tipo, local e extensão do tumor e seqüelas) (Monat, Lazarus, 1977; Parkes, 1996; Gimenez, 1997).

A capacidade de enfrentamento envolve mecanismos psicológicos e o desenvolvimento de alternativas para viver apesar da doença, reduzindo seus impactos negativos.

A forma como a pessoa lida com o câncer e a própria morte é muito variável (Parkes, 1996).

Neste estudo, a maioria dos pacientes com depressão citou a família como apoio para enfrentamento. Apenas cerca de 20% consideraram o apoio de amigos para enfrentamento.

6.7 Relacionamento familiar e social e depressão

O apoio familiar e social parecem ser importantes para reduzir a incidência de depressão (Eli et al, 2005; Wilson et al, 2007a). Neste estudo todos tiveram apoio familiar durante o tratamento da doença.

O apoio familiar (72%) e a fé (56%) desempenharam papel importante no enfrentamento da doença entre os pacientes avaliados no presente estudo, confirmando os dados da literatura. Manning – Walsh (2005), em sua pesquisa, percebeu uma correlação entre apoio familiar e social e qualidade de vida, auxiliando na diminuição dos efeitos dos sintomas físicos.

A família desempenha papel importante no cuidado e apoio emocional do paciente oncológico, principalmente quando ocorre piora da doença, onde há necessidade de intensificar o cuidado e tomar decisões pelo paciente, que se encontra extremamente debilitado (Porter et al, 2005; Fleming et al, 2006).

Os papéis familiares, muitas vezes, se invertem, tanto no seu aspecto prático como também no emocional. O paciente, que desempenhava a função de cuidador, pode passar a ser o que é cuidado (Stedeford, 1986; Rowland, 1990; Fox, 1998; Barraclough, 1998).

Os recursos financeiros da família são afetados, pois o paciente reduz sua atividade profissional por causa da fadiga, dos efeitos colaterais dos medicamentos e

da necessidade de realização de exames, consultas e tratamentos (Stedeford, 1986; Rowland, 1990; Fox, 1998; Barraclough, 1998).

O paciente tem a preocupação em ser transtorno e sofrimento (Stedeford, 1986; Rowland, 1990; Fox, 1998; Barraclough, 1998).

O paciente isola-se, pois além de não querer expor a mudança na aparência, evita o convívio social pelo estado físico (Stedeford, 1986; Rowland, 1990; Fox, 1998; Barraclough, 1998).

Por outro lado, o grupo social evita convidar o paciente por causa da dificuldade física e tentam não constrangê-lo, não avaliando o benefício que poderia proporcionar ao paciente (Stedeford, 1986; Rowland, 1990; Fox, 1998; Barraclough, 1998).

O estabelecimento de um bom relacionamento com o cuidador, possibilita a expressão das emoções e facilita o enfrentamento do sofrimento causado pela doença (Porter et al., 2005; Fleming et al., 2006).

6.8 Espiritualidade e depressão

Alguns pacientes buscam apoio na religião (Mc Clain et al, 2003). Esses autores observaram que os pacientes terminais com bem-estar espiritual tinham menos angústia no final da vida, proporcionando uma contribuição positiva na predisposição para desesperança, desejo de morrer e idéias suicidas, mesmo após controlar os efeitos da depressão e de outras variáveis.

Uma pesquisa (WHOQOL SRPG Group, 2006) sobre espiritualidade em 18 países concluiu que o aspecto espiritual pode não ser importante para a população em geral mas, na população com saúde mais frágil, tornou-se um aspecto importante durante a doença, juntamente aos fatores psicológicos e ambientais.

Um estudo (Rippentrop et al, 2004) avaliou pacientes com dor crônica e concluiu que as práticas religiosas (orar, meditar, ler a Bíblia) foram inversamente relacionadas à saúde física, indicando que aqueles que vivenciam um pior estado de

saúde eram mais propensos a buscar a fé como recurso de enfrentamento para a doença.

Neste estudo, cerca de metade dos pacientes com depressão utilizaram a religiosidade para enfrentamento.

7 CONCLUSÃO

Dos resultados do estudo, pode ser concluído que a dor do câncer está diretamente correlacionada com o grau de depressão e inversamente aos domínios da qualidade de vida.

8 ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO E DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER E DOR

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. O objetivo desta pesquisa é avaliar a relação entre dor crônica e depressão nos pacientes oncológicos, e suas implicações na qualidade de vida. Uma entrevista semi-estruturada será realizada e o Sr.(a) deverá preencher 3 formulários para avaliar: a dor, sintomas de depressão e a qualidade de vida neste momento.

Não se garantem benefícios por sua participação neste estudo, sejam de saúde ou financeiros. Porém, os dados finais da pesquisa possibilitarão avaliar a realidade brasileira e propor algumas estratégias para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Não haverá risco ou desconforto durante a coleta dos dados.

A sua participação é voluntária. O Sr(a) pode e tem o direito de se recusar a participar, não afetando os cuidados médicos que lhe serão oferecidos na instituição. A participação no estudo pode ser suspensa a qualquer momento por sua solicitação, sem prejuízo a continuidade do seu tratamento.

A solicitação do seu consentimento será para autorizar que, os dados colhidos em conjunto com outros pacientes, possam ser utilizados para publicação científica, resguardando sua identidade.

Você terá acesso à pesquisadora (Marisa Nosralla) para esclarecimentos de eventuais dúvidas, na Rua Botucatu nº 593 (Telefone: 5084 – 7463).

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conjunto 14 (Telefones: 5571 – 1062 e Fax: 5539 – 7162)

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo sobre a relação entre dor e depressão nos pacientes oncológicos, e suas implicações na qualidade de vida

Eu discuti com a Dra. Marisa Nosralla sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/ representante legal

Data ___/___/___

Assinatura da testemunha

Data ___/___/___

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

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ___/___/___



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 4 de junho de 2004
CEP 0643/04

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) MARISA NOSRALLA
Disciplina/Departamento: Anestesiologia/Cirurgia da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "Dor e depressão : implicações na qualidade de vida dos pacientes oncológicos".

Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa acima referenciado.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **04/junho/2005**.
5. Apresentar segundo relatório parcial em **04/junho/2006**.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

"Ressaltamos que é de essencial importância que seja verificado, antes da divulgação dos processos e/ou resultados obtidos nesta pesquisa, se os mesmos são potencialmente patenteáveis ou passíveis de outras formas de proteção intelectual/industrial. A proteção por meio do depósito de patente, ou de outras formas de proteção da propriedade intelectual, evita a ação indevida de terceiros e confere maior segurança quando da publicação dos resultados da pesquisa."

Anexo 2- Questionário

1. IDENTIFICAÇÃO:

Número do prontuário:.....

Nome:.....Idade:.....

Endereço: Tel:.....

Estado civil: N° de filhos: Escolaridade:.....

Profissão:..... Ocupação atual:.....

Cuidador: Grau de parentesco:.....

Diagnóstico:.....

2. INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA:

a) Histórico (quanto tempo, tipos de tratamento, como passou durante o tratamento):

.....

b) Percepção:

- Receber o diagnóstico e significado da doença:
- Como tem sido se submeter à estes tratamentos:
- O que você entendeu que eles possam fazer por você:
.....
- Que nome você dá a sua doença:

c) Impacto da doença:

- Como os tratamentos afetaram sua vida (física, funcional e psico-social):
.....
- O que tem sido mais difícil para você:

d) Enfrentamento:

- Como tem diminuído o impacto do diagnóstico
- Você acredita que está resolvendo

- Já atravessou alguma fase particularmente difícil
- O que ajudou a superá-la

e) Recursos sociais:

- relação com médico e equipe:
- sentir se à vontade para fazer perguntas:

f) Relações familiares:

- família:
- acompanhante no tratamento:

g) Relações com amigos:

- apoio:
- vida social:

h) Recursos financeiros:

- Mudou?
- Tem acesso à tratamentos?

i) Recursos espirituais:

- Tem religião?
- Acredita na existência de um ser superior:.....
- Como você se relaciona com Ele?
- Qual a importância dessa crença na sua vida neste momento?
- Sempre foi assim?

3. PSICOLÓGICO:

- Como se sente emocionalmente?
- Como é o sono?

- Desperta com freqüência?
- Tem pesadelo?
- Tem alteração emocional em determinadas horas do dia?
- Sente-se triste, desanimado?
- Já pensou em suicídio?
- Tem feito um grande esforço para se animar?
- É ansioso, preocupado?
- Está irritado, impaciente?
- Chora facilmente?
- Ouve vozes?.....
- Tem alguma visão?
- As pessoas de sua convivência falam sobre sua condição psicológica (como acham que você está lidando)?
- Como está a sua alimentação?

4. ANTECEDENTES

- Período de depressão (tristeza, quando, quantas vezes):.....
- Período de euforia (quando, com que freqüência):
- Medicamentos usados:.....

5. AVALIAÇÃO DA DOR

- Localização da dor:.....
- Irradiação:.....
- Fatores que pioram:.....
- Fatores que melhoram:.....
- Qualidade da dor:
- Duração da dor:.....
- Acompanham:
-

Escore de dor pela escala numérica verbal (0 a 10):.....

Anexo 3 – Inventário de Depressão de Beck

Nome:.....Data:.....

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, 3) diante das afirmações, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enjoado de mim.
 - 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho qualquer idéia de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

- 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumava irritar - me
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Considero me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 - 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

- 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos:
- SIM NÃO
20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

**Anexo 4- FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT)
LICENSING AGREEMENT from FACIT.org**

May 23, 2007

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to Marisa Nosralla the licensing agreement outlined below.

This letter serves notice that Marisa Nosralla and all its affiliates (as defined below) ("COMPANY") are granted license to use the Portuguese versions of the FACIT-Sp & FACIT-Sp-12 in one clinical trial.

"Affiliate" of (COMPANY) shall mean any corporation or other business entity controlled by, controlling or under common control with (COMPANY) For this purpose "control" shall mean direct or indirect beneficial ownership of fifty percent (50%) or more of the voting or income interest in such corporation or other business entity.

This current license extends to (COMPANY) subject to the following terms:

- 1) (COMPANY) agrees to complete a FACIT collaborator's form on our website, www.FACIT.org. (COMPANY) is not required to provide any proprietary or confidential information on the website. Licensor agrees to use the information in the website database for internal tracking purposes only.*
- 2) (COMPANY) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.*
- 3) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (COMPANY) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.*

- 4) *(COMPANY) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.*

- 5) *In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.*

- 6) *This license is not extended to electronic data capture vendors of (COMPANY). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org*

- 7) *This license is only extended for use on the internet on servers internal to (COMPANY). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensor in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.*

- 8) *Licensor reserves the right to withdraw this license if (COMPANY) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.*

- 9) *In exchange for this license, (COMPANY) agrees to pay a fee of \$1,500 per language, per subscale, per trial for Roman-font languages (e.g. Spanish, French, German) and \$2,000 per language, per subscale, per trial for non-Roman-font languages (e.g. Japanese, Russian, Arabic). #9 IS NOT APPLICABLE AS THE FEE HAS BEEN WAIVED FOR THIS STUDY ONLY.*

FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126
USA
www.FACIT.org

Anexo 5 - FACIT – SP -12 (Versão 4)

Abaixo você encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com sua doença disseram ser importantes. Faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos sete dias.

| BEM ESTAR FÍSICO | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|---|--------------|----------|---------------|-------|------------|
| Estou sem energia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Fico enjoado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Tenho dores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sinto-me incomodado(a) pelos efeitos secundários do tratamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sinto-me doente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Tenho que me deitar durante o dia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| BEM ESTAR SOCIAL/FAMILIAR | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|--|--------------|----------|---------------|-------|------------|
| Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Recebo apoio emocional de minha família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Recebo apoio dos meus amigos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A minha família aceita a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Estou satisfeito(a) com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sinto-me próximo(a) do(a) meu (minha) parceiro(a) (ou da pessoa que me dá apoio) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>Independente do seu nível atual de atividade sexual, favor de responder à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo <input type="checkbox"/> e pás-se para a próxima seção.</i> | | | | | |
| Estou satisfeito(a) com a minha vida sexual | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| BEM ESTAR EMOCIONAL | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|---|--------------|----------|---------------|-------|------------|
| Sinto – me triste | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sinto – me satisfeito(a) com a maneira como enfrento a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sinto – me nervoso (a) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Estou preocupado(a) com a idéia de morrer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Estou preocupado(a) que meu estado venha a piorar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| BEM ESTAR FUNCIONAL | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|---|--------------|----------|---------------|-------|------------|
| Sou capaz de trabalhar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sinto-me realizado com meu trabalho (inclusive em casa) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sou capaz de sentir prazer em viver | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Aceito a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Durmo bem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Estou satisfeito(a) com a qualidade da minha vida neste momento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|--|--------------|----------|---------------|-------|------------|
| Sinto – me em paz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Tenho uma razão para viver. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A minha vida tem sido produtiva. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Custa – me sentir paz de espírito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sinto que a minha vida tem um propósito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo(a) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sinto –me em harmonia comigo mesmo(a). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Falta sentido e propósito em minha vida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Encontro conforto na minha fé | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A minha fé ou crenças espirituais dão-me força | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Independente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará bem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo 6 - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

| | Idade | Sexo | Estado Civil | Nº de Filhos | Reside | Escolaridade | Profissão | Ocupação |
|----|--------------|-------------|---------------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------------|-----------------|
| 1 | 74 | M | C | 10 | Fam | Fund 2 Inc | Comerciante | Afastado |
| 2 | 80 | F | V | 2 | Sozi | Fund 1 Inc | Doméstica | Aposentada |
| 3 | 61 | M | C | 5 | Fam | Fund 1 Inc | Operador Gráfico | Afastado |
| 4 | 77 | M | C | 5 | Fam | Analfabeto | Metalúrgico | Aposentado |
| 5 | 71 | M | V | 5 | Fam | Fund 2 Inc | Corretor de Imóveis | Afastado |
| 6 | 58 | F | V | 3 | Fam | Fund 2 | Vendedora | Afastada |
| 7 | 64 | M | Se | 4 | Fam | Fund 1 | Gerente | Afastado |
| 8 | 31 | F | So | 0 | Fam | Médio | Massoterapeuta | Afastada |
| 9 | 17 | F | So | 0 | Fam | Médio Inc | Estudante | Afastada |
| 10 | 49 | F | C | 2 | Fam | Médio Inc | Doméstica | Afastada |
| 11 | 33 | F | Se | 1 | Fam | Médio Inc | Cabelereiro | Afastada |
| 12 | 31 | F | C | 2 | Fam | Médio Inc | Vendedora | Afastada |
| 13 | 62 | M | C | 8 | Fam | Fund 1 | Prensista | Afastado |
| 14 | 69 | M | C | 7 | Fam | Superior | Engenheiro | Afastado |
| 15 | 51 | M | C | 3 | Fam | Médio | Comerciante | Afastado |
| 16 | 85 | M | V | 6 | Fam | Fund 2 Inc | Capitão | Aposentado |
| 17 | 48 | F | V | 2 | Soz | Fund 2 | Doméstica | Aposentada |
| 18 | 41 | F | So | 1 | Fam | Analfabeta | Doméstica | Afastada |
| 19 | 60 | F | C | 7 | Fam | Analfabeta | Doméstica | Afastada |
| 20 | 56 | F | V | 1 | Fam | Fund 1 | Doméstica | Aposentada |
| 21 | 61 | F | V | 4 | Fam | Fund 1 | Doméstica | Aposentada |
| 22 | 41 | F | C | 5 | Fam | Fund 2 | Doméstica | Afastada |
| 23 | 24 | F | So | 1 | Fam | Superior Inc | Vendedora | Afastada |
| 24 | 77 | F | C | 3 | Fam | Fund 1 | Doméstica | Afastada |
| 25 | 69 | M | C | 1 | Fam | Superior | Funcionário Público | Aposentado |
| 26 | 39 | F | C | 3 | Fam | Médio | Artesão | Afastada |
| 27 | 65 | M | C | 3 | Fam | Superior | Maestro | Afastado |

| | | | | | | | | |
|----|----|---|----|---|-------|-------------|---------------------------|--------------|
| 28 | 41 | F | So | 0 | Amiga | Médio | Doméstica | Afastada |
| 29 | 45 | F | C | 1 | Fam | Superior | Empresária | Afastada |
| 30 | 69 | F | So | 2 | Amiga | Fund.1 Inc | Doméstica | Aposentada |
| 31 | 37 | F | V | 1 | Fam | Superior | Feirante | Afastada |
| 32 | 20 | M | So | 0 | Amigo | Médio | Ajudante de Produção | Afastado |
| 33 | 77 | M | C | 2 | Fam | Médio | Corretor de Imóveis | Afastado |
| 34 | 69 | M | C | 4 | Fam | Analfabeto | Vigia | Aposentado |
| 35 | 48 | F | C | 7 | Fam | Fund 1 | Do lar | Afastada |
| 36 | 61 | M | C | 2 | Fam | Fund 1 | Taxista | Aposentado |
| 37 | 26 | M | So | 0 | Sozi | Fund 1 Inc | Pedreiro | Afastado |
| 38 | 46 | F | C | 2 | Fam | Médio | Auxiliar de Enfermagem | Afastada |
| 39 | 67 | F | C | 6 | Fam | Analfabeta | Do lar | Afastada |
| 40 | 71 | F | Se | 5 | Fam | Analfabeta | Doméstica | Aposentada |
| 41 | 59 | M | Se | 1 | Fam | Fund 1 | Taxista | Afastado |
| 42 | 75 | F | V | 6 | Fam | Analfabeta | Do lar | Afastada |
| 43 | 62 | M | C | 6 | Fam | Analfabeto | Pedreiro | Afastado |
| 44 | 58 | M | C | 2 | Fam | Analfabeto | Porteiro | Aposentado |
| 45 | 44 | F | Se | 2 | Fam | Fund.1 Inc | Acompanhante de Idosos | Afastada |
| 46 | 69 | F | V | 2 | Fam | Fund 1 | Do lar | Afastada |
| 47 | 43 | F | V | 2 | Fam | Médio | Corretora de Seguros | Afastada |
| 48 | 48 | F | Se | 6 | Fam | Superior | Técnico de Enfermagem | Afastada |
| 49 | 49 | M | C | 1 | Fam | Fund. 2 Inc | Segurança | Desempregado |
| 50 | 54 | F | So | 0 | Fam | Superior | Professora | Aposentada |

F= feminino; M= masculino; So= solteiro; C= casado; Se= separado; V= viúvo; Ens= ensino;

Fund= fundamental; Inc= incompleto; fam= família; sozi= sozinho

Anexo 7- INFORMAÇÕES ADICIONAIS 1- Localização do tumor e da dor, intensidade da dor, duração da dor, tratamentos

| | Local | Duração | Tratamento | Local da dor | Intensidade |
|----|--------------|----------------|-------------------|----------------------|--------------------|
| 1 | Próstata | 8a | QT, Cir. e Horm. | Ânus/ Reto | 5 |
| 2 | Pâncreas | 12d | Cir | Abdomem | 7 |
| 3 | Língua | 1a 5m | QT, RT e Cir. | Ouvido | 8 |
| 4 | Próstata | 2a | QT e RT | Períneo | 6 |
| 5 | Próstata | 1a | QT | Pelve e MMII | 6 |
| 6 | Útero | 5a | QT e RT | MMSS e Lombar | 6 |
| 7 | Pulmão | 4m | Sem Tratamento | Coluna e MMII | 10 |
| 8 | Útero | 1a | QT e RT | Hipogástrico | 6 |
| 9 | Pâncreas | 2a | QT, RT e Cir. | Dorso | 4 |
| 10 | Mama | 9m | QT | Tórax | 9 |
| 11 | Pulmão | 2m | QT e RT | Dorso e Pescoço | 6 |
| 12 | Órbita | 8a | Cir. | Dorso, Tórax, órbita | 10 |
| 13 | Pulmão | 4m | Cir. e QT | Dorso, Tórax, MMSS | 10 |
| 14 | Pulmão | 1a | Sem Tratamento | Dorso | 8 |
| 15 | Cólon | 9m | QT e Cir. | Pelve, MMII | 10 |
| 16 | Próstata | 6a | Cir. e Hormon. | Hipogástrico | 10 |
| 17 | Mama | 4a | QT, RT e Cir. | Corpo todo | 10 |
| 18 | Útero | 1a | QT, RT e Cir. | Pelve | 10 |
| 19 | Reto | 2a | RT | Ânus/ Reto | 10 |
| 20 | Pulmão | 3a | QT | Pelve e Braços | 10 |
| 21 | Amígdala | 1m | Sem Tratamento | Garganta | 9 |
| 22 | Útero | 1d | Sem Tratamento | Pélve | 7 |
| 23 | Bexiga | 3m | QT | Pelve e MMII | 6 |
| 24 | Mama | 2a | QT, RT e Cir. | Dorso | 3 |
| 25 | Cólon | 4m | QT e Cir. | Virilha | 7 |
| 26 | Útero | 5a | QT e Cir. | Lombar e Coxa | 7,5 |
| 27 | Próstata | 1a 6m | RT e Cir. | Períneo | 7,5 |

| | | | | | |
|----|-----------|-------|----------------|------------------|-----|
| 28 | Mama | 3m | QT | Virilha e Joelho | 4,5 |
| 29 | Pulmão | 1m | RT | Corpo todo | 9 |
| 30 | Estômago | 4m | QT | Epigástrico | 8 |
| 31 | Reto | 1m | Sem Tratamento | Lombar e Ânus | 5 |
| 32 | Testículo | 6m | QT | Dorso | 1 |
| 33 | Estômago | 4m | RT | Epigástrico | 9 |
| 34 | Próstata | 4m | Sem Tratamento | Quadril e MMII | 10 |
| 35 | Útero | 3m | Sem Tratamento | Hipogástrico | 10 |
| 36 | Próstata | 9m | Cir. | Pelve | 8 |
| 37 | Cólon | 8m | Cir. | Lombar | 3 |
| 38 | Bexiga | 1m | Sem Tratamento | Lombar e MMII | 6 |
| 39 | Pulmão | 15a | QT, RT e Cir. | Dorso e Abdome | 8 |
| 40 | Mieloma | 2a | QT | Tórax e Dorso | 8 |
| 41 | Osso | 2a | Sem Tratamento | Dorso | 4 |
| 42 | Estômago | 2m | Cir. | Abdome | 10 |
| 43 | Próstata | 2a | Cir e Hormon. | MMII | 6 |
| 44 | Língua | 1a 2m | QT e Cir. | Língua | 7 |
| 45 | Mama | 10m | RT e Cir. | Dorso e MMII | 8 |
| 46 | Mama | 1a | QT | MMII | 4 |
| 47 | Mama | 4a | Qt , RT e Cir. | MMSS | 8 |
| 48 | Pulmão | 1a | QT e Cir. | Tórax e MMSS | 9 |
| 49 | Esôfago | 1a | QT, RT e Cir. | Orelha | 1 |
| 50 | Pâncreas | 2a 6m | QT, RT e CIR | Dorso e Abdome | 10 |

QT= quimioterapia; RT= radioterapia; CIR= cirurgia; Horm= hormonioterapia; a= anos; d= dias; m= meses; MMSS= membros superiores; MMII= membros inferiores

Anexo 8 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS 2- Enfrentamento, relacionamento familiar e social, religião

| | Enfrentamento | Rel. Fam. | Rel. Social | Religião | Cuidador |
|----|-------------------------------|------------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| 1 | Família e Fé | B | B | Tem | Família |
| 2 | Fé | B | B | Tem | Família |
| 3 | Fé | B | B | Tem | Família |
| 4 | Família | B | R | Não | Família |
| 5 | Família | B | B | Tem | Família |
| 6 | Família e Fé | B | B | Não | Família |
| 7 | Família | B | B | Não | Família |
| 8 | Família e Amigos | B | B | Tem | Família |
| 9 | Família e Amigos | B | B | Não | Família |
| 10 | Família, Amigos, Fé e Médicos | B | B | Tem | Família a e Amigos |
| 11 | Família e Fé | B | B | Tem | Família |
| 12 | Família | B | B | Tem | Família |
| 13 | Família | B | B | Tem | Família |
| 14 | Fé | B | B | Tem | Família |
| 15 | Família e Fé | B | B | Tem | Família |
| 16 | Família | B | B | Tem | Família |
| 17 | Fé | B | R | Tem | Amiga |
| 18 | Fé | B | R | Tem | Amiga |
| 19 | Família e Amigos | B | B | Tem | Família |
| 20 | Família, Amigos e Fé | B | B | Tem | Família |
| 21 | Família, Amigos e Fé | B | B | Tem | Família |
| 22 | Fé | B | B | Tem | Família |
| 23 | Família e Fé | B | B | Tem | Família |
| 24 | Ocupação | B | B | Tem | Não tem |
| 25 | Família e Amigos | B | B | Tem | Amiga |
| 26 | Família e Fé | B | B | Tem | Família |

| | | | | | |
|----|--------------------------|---|---|-----|---------|
| 27 | Família | B | B | Tem | Família |
| 28 | Amigos | B | B | Tem | Amiga |
| 29 | Família, Amigos e Fé | B | B | Tem | Família |
| 30 | Família, Amigos e Fé | B | B | Tem | Família |
| 31 | Família | B | B | Tem | Família |
| 32 | Distração | B | B | Tem | Não tem |
| 33 | Família | B | B | Tem | Família |
| 34 | Família e Fé | B | B | Tem | Família |
| 35 | Distração | B | B | Tem | Família |
| 36 | Família, Amigos e Fé | B | B | Tem | Família |
| 37 | Experiência de outros | R | R | Tem | Não tem |
| 38 | Amigos, Fé | B | B | Tem | Família |
| 39 | Família e Fé e Distração | B | B | Tem | Família |
| 40 | Família | B | B | Tem | Família |
| 41 | Fé e Paciência | B | B | Tem | Família |
| 42 | Família | B | R | Tem | Família |
| 43 | Família e Fé | B | R | Tem | Família |
| 44 | Família, Fé e Médicos | B | B | Tem | Família |
| 45 | Família, Amigos e Fé | B | B | Tem | Família |
| 46 | Família, Amigos e Fé | B | B | Tem | Família |
| 47 | Família e Amigos | B | B | Tem | Amigo |
| 48 | Família e Fé | B | B | Não | Família |
| 49 | Família e Fé | B | B | Tem | Família |
| 50 | Fé | B | B | Tem | Família |

Rel fam= relação familiar; B= bom; R= ruim

Anexo 9 - Periodicidade, intensidade, fatores de melhora e piora e qualidade da dor

| | Fatores que pioram | Fatores que melhoram | Qualidade da Dor | Periodicidade |
|----|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------|
| 1 | Sentar | Relaxar e orar | Pontada e Queimação | I |
| 2 | Caminhar | Medicação | Cólica, Pontada | C |
| 3 | ----- | Medicação | Queimação | I |
| 4 | ----- | Deitar | Queimação | C |
| 5 | Sentar e não funcionamento da Sonda | Deitar | Pontada e Queimação | C |
| 6 | Sentar e ficar em pé | Deitar e Massagem | Pontada e Latejante | C |
| 7 | Caminhar e ficar em pé | Deitar | Queimação e Espetada | C |
| 8 | Esforço | Medicação | Latejante | C |
| 9 | Alimentação | Massagem e Calor | Pontada e Choque | C |
| 10 | Trocar curativo e Alteração de humor | Meditar | Ardência, Queimação e Agulhada | I |
| 11 | Curvar-se e ficar em pé | Medicação | Queimação | C |
| 12 | Não Dormir e Barulho | Frio e Música | Queimação, Espetada e Latejante | C |
| 13 | Deitar | Mudar posição | Ardência | C |
| 14 | ----- | Deitar e orar | Fisgada e Choque | C |
| 15 | Certos alimentos | Tomar Água | Fisgada, Queimação e Pontada | I |
| 16 | Bexiga cheia | ----- | Aperto | I |
| 17 | Caminhar e Ficar em pé | Massagem | Pontada e Ardência | C |
| 18 | Curvar-ser e esforço | Medicação | Latejante | C |
| 19 | Movimentar, Sentar e Ficar em pé | Deitar | Ardência, Ferfurante e Choque | I |
| 20 | Respiração profunda e Sentar | Exercício e Deitar | Queimação e Latejante | C |
| 21 | ----- | Medicação | Cortante | I |
| 22 | Caminhar | Deitar e Ficar em pé | Queimação | C |
| 23 | Irritação | Distração | Pressão | I |
| 24 | Esforço | Medicação | Pulsátil | C |

| | | | | |
|----|----------------------------|---------------------------|-------------------------------|---|
| 25 | Esforço e Andar | Deitar | Cólica | C |
| 26 | Curvar-ser e Andar | Medicação | Queimação | C |
| 27 | Ficar em pé | Deitar | Beliscão e Queimação | C |
| 28 | Caminhar | Ficar parada | Queimação | C |
| 29 | Fumar | Respirar rápido | Pontada e Queimação | C |
| 30 | Deitar | Ficar sentada e Tomar chá | Pontada | C |
| 31 | Nervosismo | Banho de assento | Queimação e Cólica | C |
| 32 | Movimentar-se | Flexionar | Latejante e Pontada | I |
| 33 | Deitar, Sentar e Alimentar | Medicação | Queimação e Fisgada | I |
| 34 | Ficar em pé | Frio | Pontada | C |
| 35 | Movimentar | Medicação | Facada | I |
| 36 | Sentar e Ficar em pé | Ficar em pé | Pontada | C |
| 37 | ----- | Medicação | Pressão | I |
| 38 | Sentar | Medicação | Queimação | C |
| 39 | Esforço e Curvar-se | Deitar | Pontada | C |
| 40 | Caminhar e Sentar | Deitar | Facada e Rasgando | C |
| 41 | Caminhar e Deitar | Estender perna e eentar | Queimação e Ardência | I |
| 42 | Certos alimentos | Medicação | Queimação | I |
| 43 | ----- | Calor | Queimação | I |
| 44 | Falar e Alimento | Medicação | Queimação | I |
| 45 | Nervosismo | Orar | Queimação (perna) e Torcida | I |
| 46 | Mudança de temperatura | Calor | Repuxo | C |
| 47 | Nervosismo | Medicação | Pontada, Pulsação e Dormência | I |
| 48 | Esforço e nervosismo | Deitar | Queimação e Choque | C |
| 49 | Mover pescoço | Medicação | Formigada | C |
| 50 | Deitar | Ficar parada e sentada | Latejante | C |

MMSS = membros superiores; MMII = membros inferiores; C= contínua; I= intermitente

Anexo 9 –Fatores de melhora e piora, e qualidade da Dor

| | Fatores que pioram | Fatores que melhoram | Qualidade da Dor | Periodicidade |
|----|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------|
| 1 | Sentar | Relaxar e oração | Pontada e Queimação | I |
| 2 | Caminhar | Medicação | Cólica, Pontada | C |
| 3 | ----- | Medicação | Queimação | I |
| 4 | ----- | Deitar | Queimação | C |
| 5 | Sentar e não funcionamento da Sonda | Deitar | Pontada e Queimação | C |
| 6 | Sentar e ficar em pé | Deitar e Massagem | Pontada e Queimação | C |
| 7 | Caminhar e ficar em pé | Deitar | Queimação e Latejante | C |
| 8 | Esforço | Medicação | Latejante | C |
| 9 | Alimentação | Massagem e Calor | Pontada e Choque | C |
| 10 | Trocar curativo e Alteração de humor | Meditar | Ardência, Queimação e Agulhada | I |
| 11 | Curvar-se e ficar em pé | Medicação | Queimação | C |
| 12 | Não Dormir e Barulho | Frio e Música | Queimação, Espetada e Latejante | C |
| 13 | Deitar | Mudar posição | Ardência | C |
| 14 | ----- | Oração e Deitar | Fisgada e Choque | C |
| 15 | Certos alimentos | Tomar Água | Fisgada, Queimação e Pontada | I |
| 16 | Bexiga cheia | ----- | Aperto | I |
| 17 | Caminhar e Ficar em pé | Massagem | Pontada e Ardência | C |
| 18 | Curvar-ser e esforço | Medicação | Latejante | C |
| 19 | Movimentar, Sentar e Ficar em pé | Deitar | Ardência, Perfurante e Choque | I |
| 20 | Respiração profunda e Sentar | Exercício e Deitar | Queimação e | C |

| | | | | |
|----|----------------------------|------------------------------|--------------------------------|---|
| | | | Latejante | |
| 21 | ----- | Medicação | Cortante | I |
| 22 | Caminhar | Deitar e Ficar em pé | Queimação | C |
| 23 | Irritação | Distração | Pressão | I |
| 24 | Esforço | Medicação | Pulsátil | C |
| 25 | Esforço e Andar | Deitar | Cólica | C |
| 26 | Curvar-ser e Andar | Medicação | Queimação | C |
| 27 | Ficar em pé | Deitar | Beliscão e Queimação | C |
| 28 | Caminhar | Ficar parada | Queimação | C |
| 29 | Fumar | Respirar rápido | Pontada e Queimação | C |
| 30 | Deitar | Ficar sentada e Tomar chá | Pontada | C |
| 31 | Nervosismo | Banho de assento | Queimação e Cólica | C |
| 32 | Movimentar-se | Flexionar | Latejante e Pontada | I |
| 33 | Deitar, Sentar e Alimentar | Medicação | Queimação e Fisgada | I |
| 34 | Ficar em pé | Frio | Pontada | C |
| 35 | Movimentar | Medicação | Facada | I |
| 36 | Sentar e Ficar em pé | Ficar em pé | Pontada | C |
| 37 | ----- | Medicação | Pressão | I |
| 38 | Sentar | Medicação | Queimação | C |
| 39 | Esforço e Curvar-se | Deitar | Pontada | C |
| 40 | Caminhar e Sentar | Deitar | Facada e Rasgando | C |
| 41 | Caminhar e Deitar | Estender perna e Sentar | Queimação e Ardência | I |
| 42 | Certos alimentos | Medicação | Queimação | I |
| 43 | ----- | Calor | Queimação | I |
| 44 | Falar e Alimento | Medicação | Queimação | I |
| 45 | Nervosismo | Oração | Queimação (perna) e Torcida | I |
| 46 | Mudança de temperatura | Calor | Repuxo | C |

| | | | | |
|----|----------------------|------------------------|-------------------------------|---|
| 47 | Nervosismo | Medicação | Pontada, Pulsação e Dormência | I |
| 48 | Esforço e nervosismo | Deitar | Queimação e Choque | C |
| 49 | Mover pescoço | Medicação | Formigada | C |
| 50 | Deitar | Ficar parada e sentada | Latejante | C |

MMSS = membros superiores; MMII = membros inferiores; C= contínua; I= intermitente

Anexo 10. INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

| | Escore | Classificação | Depressão com nota de corte ≥ 21 |
|----|---------------|----------------------|---|
| 1 | 13 | Leve | Não |
| 2 | 27 | Moderada | Sim |
| 3 | 7 | Mínima | Não |
| 4 | 14 | Leve | Não |
| 5 | 3 | Mínima | Não |
| 6 | 17 | Leve | Não |
| 7 | 12 | Leve | Não |
| 8 | 9 | Leve | Não |
| 9 | 15 | Leve | Não |
| 10 | 11 | Mínima | Não |
| 11 | 17 | Leve | Não |
| 12 | 13 | Leve | Não |
| 13 | 10 | Mínima | Não |
| 14 | 10 | Mínima | Não |
| 15 | 33 | Moderada | Sim |
| 16 | 20 | Moderada | Não |
| 17 | 46 | Grave | Sim |
| 18 | 17 | Leve | Não |
| 19 | 27 | Moderada | Sim |
| 20 | 17 | Leve | Não |
| 21 | 9 | Mínima | Não |
| 22 | 35 | Moderada | Sim |
| 23 | 29 | Moderada | Sim |
| 24 | 4 | Mínima | Não |
| 25 | 23 | Moderada | Sim |
| 26 | 11 | Mínima | Não |

| | | | |
|----|----|----------|-----|
| 27 | 9 | Mínima | Não |
| 28 | 27 | Moderada | Sim |
| 29 | 12 | Leve | Não |
| 30 | 14 | Leve | Não |
| 31 | 31 | Moderada | Sim |
| 32 | 10 | Mínima | Não |
| 33 | 15 | Leve | Não |

Anexo 11 – Escores de qualidade de vida pelo Facit-SP-12 (Versão 4)

| N | Físico | Soc/Fam | Emocional | Funcional | Preocup Adic. | Total |
|----------|---------------|----------------|------------------|------------------|--------------------------|--------------|
| 1 | 9 | 19 | 19 | 15 | 35 | 97 |
| 2 | 12 | 13 | 16 | 4 | 26 | 71 |
| 3 | 23 | 20 | 13 | 17 | 34 | 107 |
| 4 | 17 | 14 | 22 | 11 | 23 | 87 |
| 5 | 18 | 11 | 17 | 4 | 29 | 79 |
| 6 | 11 | 19 | 13 | 13 | 35 | 91 |
| 7 | 18 | 14 | 22 | 13 | 23 | 90 |
| 8 | 19 | 24 | 18 | 18 | 42 | 121 |
| 9 | 12 | 17 | 15 | 12 | 24 | 80 |
| 10 | 16 | 21 | 22 | 10 | 34 | 103 |
| 11 | 10 | 16 | 16 | 13 | 37 | 92 |
| 12 | 12 | 19 | 15 | 11 | 36 | 93 |
| 13 | 19 | 23 | 20 | 17 | 36 | 115 |
| 14 | 19 | 20 | 18 | 14 | 36 | 107 |
| 15 | 1 | 22 | 8 | 10 | 39 | 80 |
| 16 | 18 | 15 | 21 | 15 | 33 | 102 |
| 17 | 9 | 3 | 2 | 1 | 9 | 24 |
| 18 | 13 | 9 | 12 | 5 | 19 | 58 |
| 19 | 3 | 13 | 8 | 7 | 36 | 67 |
| 20 | 3 | 17 | 19 | 11 | 35 | 85 |
| 21 | 11 | 14 | 22 | 16 | 30 | 93 |
| 22 | 15 | 18 | 12 | 6 | 24 | 75 |
| 23 | 12 | 13 | 16 | 9 | 30 | 80 |
| 24 | 23 | 17 | 22 | 23 | 42 | 127 |
| 25 | 20 | 20 | 10 | 12 | 27 | 89 |
| 26 | 19 | 19 | 20 | 14 | 41 | 113 |

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|-----|
| 27 | 16 | 23 | 18 | 13 | 38 | 108 |
| 28 | 20 | 19 | 19 | 12 | 41 | 111 |
| 29 | 14 | 18 | 15 | 14 | 29 | 90 |
| 30 | 20 | 18 | 22 | 19 | 45 | 124 |
| 31 | 13 | 26 | 7 | 13 | 34 | 93 |
| 32 | 19 | 28 | 21 | 22 | 43 | 133 |
| 33 | 19 | 20 | 20 | 14 | 34 | 107 |
| 34 | 15 | 18 | 12 | 9 | 29 | 83 |
| 35 | 12 | 18 | 16 | 5 | 27 | 78 |
| 36 | 21 | 22 | 20 | 13 | 43 | 119 |
| 37 | 20 | 7 | 17 | 14 | 36 | 94 |
| 38 | 20 | 18 | 17 | 8 | 35 | 98 |
| 39 | 15 | 17 | 12 | 11 | 34 | 89 |
| 40 | 13 | 10 | 23 | 12 | 39 | 97 |
| 41 | 17 | 14 | 16 | 10 | 31 | 88 |
| 42 | 12 | 9 | 20 | 8 | 21 | 70 |
| 43 | 17 | 10 | 23 | 6 | 32 | 88 |
| 44 | 20 | 20 | 23 | 17 | 28 | 108 |
| 45 | 21 | 14 | 11 | 12 | 29 | 87 |
| 46 | 21 | 20 | 18 | 20 | 38 | 117 |
| 47 | 14 | 25 | 12 | 15 | 33 | 99 |
| 48 | 9 | 15 | 4 | 5 | 19 | 52 |
| 49 | 26 | 16 | 23 | 22 | 44 | 131 |
| 50 | 10 | 13 | 19 | 5 | 28 | 75 |

FACIT-SP= Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual; Soc= social; Fam= familiar; Preocup Adic= preocupações adicionais

8 REFERÊNCIAS

Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y . Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002; 95(5): 1085-93.

Akechi T, Nakano T, Akizuki N, Okamura M, Sakuma K, Nakanishi T, Yoshikawa E, Uchitomi Y . Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* 2003; 44(3): 244-48.

Akhtar–Danesh N, Landen J. Relation between depression and sociodemographics factors. *Inter J Mental Health Systems*. 2007;1(4). Doi: 10.1186/ 1752 – 4458 -1 – 4.

American Association of Psychiatry. *DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 323-49.

Barraclough J. *Cancer and emotion: a practical guide to psychooncology*. 3ª ed. New York: John Willey & Sons 1998. p221

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psy* 1961; 4: 561-71.

Bonomi AE, Cella DF, Hahn EA, Bjordal K, Sperner-Unterweger B, Gangeri L, Bergman B, Willems-Groot J, Hanquet P, Zittoun R . Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system. *Qual Life Res* 1996;5(3):309-20

Botega NJ, Furlanetto L, Fráguas Jr R. Depressão no paciente clínico. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre:

ArtMed 2002. p.203-22.

Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. São Paulo: Atual; 4° ed.; 1987. 321p.

Breitbart W, Passik SD. Psychiatric approaches to cancer patient. In: Breitbart W, Holland JC, editores. Psychiatric aspects in cancer patients. United States: American Psychiatric Press 1993. p.49-86.

Breitbart W, Payne DK. Pain. In: Holland JC, editor. Psychooncology. New York: Oxford University Press; 1998. p.450-67.

Breitbart W, Payne DK. Psychiatric aspects of pain management in patients with advanced cancer and AIDS. In: Chochinov HM, Breitbart W, editor. Handbook of psychiatry in palliative medicine. New York: Oxford University Press; 2000 p.131-59.

Buttler LD, Koopman C, Cordova MJ, Garlan RW, Dimiceli S, Spiegel D. Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients. Psychosomatic Med 2003; 65: 416-26.

Carvalho MMMJ. A dor no estágio avançado das doenças. In: Angerami Camon VA, organizador. Atualidades em psicologia da saúde. São Paulo: Pioneira Thomson; 2004. p.85-111.

Cavanaugh SVA. Depression in the medically ill. Psychosomatics. 1995; 36:48-59.

Chen ML. Pain and hope in patients with cancer: a role for cognition. Cancer Nurs 2003; 26(1): 61-7.

Chochinov MC, Keith GW, Enns M, Lander S. Prevalence of depression in the

terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatr.* 1994; 151(4):537-40.

Conover WJ. *Practical nonparametric statistics.* New York: Wiley; 1980:493p.

Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001; p171

Cunha JA, Fleck MPA. Estudo da validade convergente do Inventário de Depressão de Beck com medidas de depressão baseadas na avaliação clínica. *R. Psiquiatr* 1998; 20(2): 25-31.

Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982; 50:1913-8.

Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA.* 1983;249:751-7. apud Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994; 74:2570-8.

Doorenbos AZ, Given CW, Given B, Verbisky N. Symptom experience in the last year of life among individuals with cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32(5): 403-12.

Eli K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwig t- Johnson M, Lagomasino I, Muderspach L, Russel C . Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low – income women with breast cancer or gynecological cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(13): 3052-60.

Endicott J . Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984; 15: 2243-2249.

Faye BJ , Wilson KG, Chater S, Viola RA, Hall P. Stress and coping with advanced cancer. Palliative Support Care Cambrigde University Press; 2006. 4: 439-49.

Figueiró JAB. Aspectos psicológicos e psiquiátricos. In: Carvalho MMMJ. Dor: Um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus 1999; p.140-58.

Fleming DA, Sheppard VB, Mangan PA, Taylor KL, Tallarico M, Adams I, Ingham J. Caregiving at the end of life: perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. J Pain Symptom Manage 2006; 31(5): 407-20.

Forlenza OV. Aspectos psiquiátricos da dor. J Br Psiquiatr 1994; 43:141-8.

Fortes S. O paciente com dor. In: Botega NH. Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: ArtMed; 2002. p.339-51.

Fortes SL. A psicodinâmica da relação dor crônica–depressão. In: 1º Simpósio Internacional de Depressões Secundárias. São Paulo; 1997. Anais. p.38-42.

Fox BH. Psychosocial factors in cancer incidence and prognoses. In: Holland JM, editor. Psychooncology. New York: Oxford University Press; 1998. p.110–24.

Gagliese L, Melzack R. Pain in elderly. In: Mc Mahon SB, Koltzenburg. Wall and Melzack's textbook of pain, Philadelphia, Elsevier Churchill Livingstone. 2006; 1169-79. 5° ed.

Geisser ME, Roth R, Robinson M. Assessing depression among persons with chronic pain using the Center Epidemiological Studies – Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. Clin J Pain 1997; 13: 167-170.

Gimenez MGG. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psico-Oncologia. In: Gimenez MGG. A mulher e o câncer. Campinas: Psy 1997. p.112 -47.

Guertzenstein EZ. Psicopatologia e dor. In: Teixeira MJ, editor. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2002. p.389-96.

Holdcroft A, Berkley K. Sex and gender differences in pain and its relief. In: McMahon SB, Koltzenburg M. Wall and Melzack's textbook of pain. 5° ed, Elsevier Churchill Living Stone; 2006. p.1181-97.

Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingram RE. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. Cognitive Ther Res 1987; 11(3): 289-99.

Kovacs MJ. A morte em vida. In: Bromberg MHPF. Vida e morte: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p.11-33.

Large RG. Psychological aspects of pain. Ann Rheum Dis.1996; 55:340-5.

Lobato O. O problema da dor. In: Mello Filho J, editor. Psicossomática hoje. Porto Alegre: ArtMed; 1992. p.165-78.

Manning – Walsh J . Social support as mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer . J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005; 34(4): 482-93.

Marazziti D, Mungai F, Vivarelli L, Presta S, Dell' Osso B. Pain and psychiatry: a critical analysis and pharmacological review. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2006.2:31. Doi: 10. 1186/1745-0179-2-31.

Massie MJ, Popkin MP. Depressive disorders. In: Holland JC, editor. Psychooncology. New York: Oxford University Press; 1998; p.519-40.

Massie MJ, Shakin EJ. Management of depression and anxiety in cancer patients. In: Breitbart W, Holland JC. Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients. Am Psychiatry Press 1993; p.1-21.

Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. Journal of the National Cancer Institute Monographs. 2004; 32: 57-71.

MC Clain CS, Rosenfeld B, Breitbart W . Effect of spiritual well – being on end of life despair in terminally – ill cancer patients. Lancet 2003; 361: 1603-07.

Miaskowski C. Gender differences in pain, fatigue and depression in patients with cancer. J National Cancer Institute Monographs, Oxford University Press. 2004; 32: 139-43.

Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. Cancer J, Jones and Bartlett Publishers; 2006; 12 (5): 388-97.

Mistakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Psychological distress of patients with advanced cancer: influence and contribution of pain severity and pain interference. Cancer Nurs 2006; 29(5): 400-5.

Monat A, Lazarus RS. Stress and coping: an anthology. New York: Columbia University Press; 1977; 425p.

Morley S, Williams ACC, Black S . A confirmatory factor analyses of Beck Depression Inventory in chronic pain. Pain 2002; 99: 289-98.

Oliver JM, Simmons ME. Depression as measured by the DSM-III and the Beck

Depression Inventory in an unselected adult population. *J Cons Clin Psychol* 1984; 52(5): 892-98.

O' Mahony S, Goulet J, Kornblith A, Abbatiello G, Clarke B, Kless-Siegel S, Breitbart W, Payne R . Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29(5): 446-57.

Organização Mundial de Saúde. CID 10: Critérios para diagnóstico para pesquisas. Episódio de depressão maior. São Paulo: EDUSP; 1998; p. 98

Parkes CM. *Counselling in terminal care and bereavement*. England: BPS Books; 1996;

Pimenta CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho MMMJ, editor. *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus; 1999; p.31-46.

Porter LS, Keefe FJ, Lipkua I, Hurwitz H . Ambivalence over emotional expression in patients with gastrointestinal cancer and their caregivers: associations with patient pain and quality of life. *Pain* 2005; 117: 340-48.

Portenoy RK, Foley KM. Management of cancer pain. In: Holland JC, editor. *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press; 1990; p.369-82.

Rao A, Cohen HJ. Symptom management in the elderly cancer patients: fatigue, pain and depression. *J National Cancer Institute Monograph*, Oxford University Press. 2004; 32: 150-7.

Regan JM, Peng P. Neurophysiology of cancer pain. *Cancer Control* 2000; 7:111-9.

Ribeiro AI. Dor e câncer: o papel do psicólogo na avaliação do paciente. In: 3º e 1º Encontro e Congresso Brasileiro de Psicooncologia. São Paulo: 1996. Anuário. p. 53-4.

Rippentrop AE, Altaimer EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/ spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 2005; 116: 311-21.

Risdon A, Eccleston C, Crombez, McCracken L . How can we learn with pain? A Q- methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social Sci Med* 2003; 56: 375 – 86.

Rowland JH. Developmental stage and adaptation: adult model . In: Holland JC, Rowland JH, editores. *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press; 1990; p 25–43.

Reyes – Gibby CC, Aday LA, Anderson KO, Mendonza TR, Cleeland CS . Pain, depression, and fatigue in community – dwelling adults with and without a history of cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32(2): 118-28.

Sakata RK. Dor no câncer. In: Sakata RS, Issy AM. *Dor - Guia de Medicina Ambulatorial*. Manole.São Paulo; 2004; p 117-25.

Saunders CM. The challenge of terminal care. In: Symington T, Carter RL, editores. *Scientific foundations of oncology*. London: Heinemann; 1976. p.673-9.

Saunders CM. *Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold; 1991.

Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS . When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function . Pain 1995;61: 277-84.

Simonton OC. Com a vida de novo. São Paulo: Summus; 1987; p.182-95.

Stedeford AJ. Encarando a morte. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986; 167p.

Strang P. Cancer pain-a provoker of emotional, social and existencial distress. Acta Oncol 1998; 37:641-4.

Teixeira MJ. Dor no doente com câncer. In: Teixeira MJ, editor. Dor: contexto multidisciplinar. Curitiba: Maio; 2003; p 327–42.

Tuck I, Mc Cain NL, Elswick RK. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. J Adv Nurs 2001; 33(6): 776-83.

Turk DC , Okifuji A. Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chronic pain by cancer and non – cancer patients?. Pain 1999; 82: 139-148.

Wasan AD, Artamonov M, Nedeljkovic SS. Delirium, depression and anxiety in the treatment of cancer pain. Techniques in regional anesthesia and pain management. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. 2005; 9(3): 139-44.

Webster K, Cella D, Yost K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy System: properties, applications and interpretation. 2003; Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/1/1/79>.

Wilson KG, Chochinov HM, Faye BJ, Breitbart W. Diagnosis and management of

depression in palliative medicine. In: Chochinov HM, Breitbart W, editores. Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. New York: Oxford University Press; 2000; p.25-49.

Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O' Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch J . Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. J Pain Symptom Manage. Elsevier Inc. 2007a; 33 (2): 118-29.

Wilson KG, Chochinov HM, Mc Pherson CJ, Le May K, Allard P, Chary S, Cagnon PR, Mcmillan K, De Luca M, O' Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL. Suffering with advanced cancer. J Clin Oncol 2007b; 13: 1691-97.

Woodforde JM, Fielding JR. Pain and cancer. J Psychosom Res . 1970; 14:365-70. apud Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. Cancer 1994; 74:2570-8.

WHOQOL SRPB Group. A cross – cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Social Sci Med 2006; 62: 1486-97.

ABSTRACT

Background and Objectives:

Cancer pain promotes mood changes and influences the patient's quality of life. There might be similarities in some emotional manifestations of the disease and the side effects of the treatments, making the adequate evaluation very important. The objective of this study was to assess the correlation between depression, quality of life, and pain in cancer patients.

Method: A prospective, open, non comparative study, was done in 50 patients, ≥ 18 with cancer and pain. Data on sociodemographic, history, personal antecedents, and information about the tumor were collected. There was also assessed about the pain intensity on a numerical scale (0 – 10), depression (Beck Depression Inventory) and quality of life (FACIT–SP–12). The results were submitted to statistical analyses and Spearman's was used to assess the correlation between the measurements.

Results: The average age was 54.6 ± 16.8 , being 40% male and 60% female. The family relationship was considered good by 98% and bad by 2%; social relationship was considered good by 88% and bad by 12%. The residence care was done by the family (84%), social net (12%), and 6% did not have any. The intensity was mild (1-4) in 16%, moderate (5 e 6) in 20% and strong (7-10) in 64%. In 26% was found depression following the cutoff grade of ≥ 21 . Quality of life was considered excellent by 8%, good by 14%, bad by 22% and very bad by 6% of the patients. The intensity of the pain was directly related to the degree of depression and contrarily to the quality of life.

Conclusion: As the results of the study one can conclude that cancer pain is associated to depression and worsening in the quality of life.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Saralian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of general measure. *J.Clin Oncol* 1993; 11(3): 570-9.

Cella D, Brady MJ. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. In: Holland JC, editor. *Psychooncology*. New York: Oxford University Press; 1999. p.417-28.

Chochinov HM. Dying, dignity and new horizons in palliative end – of - life care. *CA Cancer J Clin* 2006; 56: 84-103.

Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hach TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Personality, neuroticism and coping toward the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32(4): 332-41.

Peterman A, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well – being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy – spiritual well – being scale. *Ann Behav Med* 2002; 24(1): 49-58.

Rother ET, Braga MER. *Como elaborar sua tese: estrutura e referências*. São Paulo: BC Gráfica e Editora Ltda; 2007.

Spiegel D, Giese–Davis J . Depression and cancer: mechanisms an disease progression. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 269–82.

Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994; 74(9): 2570-78.