



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

JÉSSICA ELOY BARBOSA

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS ATENDIDAS
EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

CAMPINA GRANDE

2014

JÉSSICA ELOY BARBOSA

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS ATENDIDAS
EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora no curso de bacharelado em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira.

CAMPINA GRANDE

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

B238a Barbosa, Jéssica Eloy.

Ansiedade e depressão em mulheres mastectomizadas atendidas em uma Clínica Escola de Fisioterapia [manuscrito] / Jéssica Eloy Barbosa. - 2014.

35 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Esp. Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira, Departamento de Fisioterapia".

1. Mastectomia. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Câncer de mama. I. Título.

21. ed. CDD 616.994

JÉSSICA ELOY BARBOSA

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS ATENDIDAS EM
UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora no curso de bacharelado em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 02/12/2014.

BANCA EXAMINADORA

Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira

Prof.^a Esp. Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria do Carmo Pinto Lima

Prof.^a M.^a Maria do Carmo Pinto Lima

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Nadja Vanessa de Almeida Ferraz

Prof.^a M.^a Nadja Vanessa de Almeida Ferraz

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha família, por todo esforço, companheirismo,
amparo, confiança, amizade e amor, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À professora Maria de Lourdes pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

À todas mulheres mastectomizadas que contribuíram para a realização desta pesquisa.

Ao meu pai, José, a minha mãe, Élide, e a minha companheira, Ianne, pela ajuda em todas as horas e pela compreensão por minha ausência nos eventos familiares.

Aos meus amigos, pela paciência, confiança e compreensão em todos os anos desta graduação.

Aos professores do Curso de Fisioterapia da UEPB que contribuíram ao longo de cinco anos, por meio das disciplinas e indicações, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos funcionários da UEPB, em especial, Ângela C. Sampaio, pela presteza, educação e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”

Charles Chaplin

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS ATENDIDAS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Barbosa, Jéssica Eloy¹

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi investigar a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres que realizaram a cirurgia de mastectomia para controle do câncer de mama e que realizaram Fisioterapia. Este estudo foi observacional, descritivo, transversal com abordagem quantitativa, no qual foi utilizado como instrumentos os questionários BECK ANXIETY INVENTORY (BAI), BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI) e o QUALITY LIFE QUESTIONNAIRE C30 com seu complementar SUPPLEMENTARY QUESTIONNAIRE BREAST CANCER MODULE QLQ-BR23, para investigação da ansiedade, depressão e qualidade de vida, respectivamente. Realizou-se a estatística descritiva dos dados, para caracterizar a amostra quanto aos escores obtidos nos questionários, e respectivas classificações, e em relação às variáveis de interesse do estudo. Além disso, aplicou-se o teste de Fisher para avaliar associação entre o tempo de fisioterapia e classificação dos escores obtidos nos questionários. A amostra mostrou-se homogênea, de modo que: a maioria das pacientes apresentou níveis de ansiedade mínimo/leve; todas as pacientes obtiveram classificação mínima para os escores de depressão. A aplicação do teste de Fisher indicou associação entre tempo de fisioterapia e o módulo QLQ-BR23 Sintomas. Conclui-se que a hipótese de que as mulheres mastectomizadas submetidas a Fisioterapia apresentem baixas prevalências para ansiedade e depressão foi corroborada pelos dados obtidos da amostra, embora o perfil desta (pequena e homogênea) não permita generalizações para a população de interesse.

Palavras-Chave: Câncer de Mama. Ansiedade e Depressão. Fisioterapia pós-mastectomia.

¹ Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba

1 INTRODUÇÃO

O controle das doenças contagiosas, o aumento da esperança de vida e o avanço da Medicina, na área da Oncologia, contribuíram para que o câncer tenha se tornado um dos principais problemas de saúde registrados no século XX, e, que a cada ano aumente sua incidência na população (HOFFMANN; MÜLLER; RUBIN, 2006).

Dentre os vários tipos, entre as mulheres, o câncer de mama apresentou crescimento contínuo na última década, o que pode ser resultado também de mudanças sociodemográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde, que possibilitam um maior registro de casos, antes desconhecidos. No Brasil, segundo dados divulgados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) aproximadamente 27 mulheres chegam a óbito diariamente devido às repercussões do câncer de mama e, ao mesmo tempo, 130 novos casos surgem (MENDES, 2013).

Além do tratamento químico, a intervenção cirúrgica é uma forma de combate ao câncer de mama, mas frequentemente gera comorbidades, as quais, causam alterações psicológicas, afetam a percepção da sexualidade e da imagem corporal, causam desconfortos e debilidades físicas. Todos estes fatores geram grande temor entre as mulheres (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

Vários estudiosos investigaram a interferência do estado psíquico no tratamento e na reabilitação das mulheres acometidas pelo câncer de mama e constataram que algumas variáveis como o tipo de câncer, as expectativas de sobrevivência do paciente e as estratégias de enfrentamento (estratégias de *coping*) frente à doença podem influenciar na terapêutica (MAIA; CORREIA, 2008).

Entre as principais Estratégias de *coping* utilizadas, destaca-se a procura de suporte social que pode ser traduzida na procura pelo apoio emocional e na busca de ajuda e esclarecimento profissional (MAIA; CORREIA, 2008). Nesse sentido, acredita-se, que a Fisioterapia possa contribuir para melhoras físicas e psicológicas das pacientes, tendo em vista a melhora da qualidade de vida das pacientes, através da prevenção ou reabilitação de sintomas recorrentes da cirurgia que proporcionam maior bem-estar geral e também do apoio social e esclarecimento sobre a doença.

Nesse sentido, esta pesquisa buscou verificar a prevalência dos distúrbios de ansiedade e depressão nas mulheres pós-mastectomizadas submetidas ao tratamento fisioterapêutico em uma Clínica Escola de Fisioterapia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Anatomia da Mama

As mamas são órgãos pares, situadas na parede anterior do tórax, acima do músculo grande peitoral. Na região central, possuem uma aréola e uma papila, da qual se exteriorizam 15 a 20 orifícios ductais, que correspondem às vias de drenagem das unidades funcionais chamadas de lobos mamários (RAMOS, 2005).

Os lobos mamários, 15 a 20, são independentes, separados por tecido fibroso, de forma que cada um tem a sua via de drenagem, entretanto, todas elas convergem para a papila, através do sistema ductal, o canal lactífero. Fazem parte das mamas, também, as células produtoras de leite denominadas de ácinos. O conjunto de ácinos (15-20) formam o lóbulo e, por sua vez, o conjunto de lóbulos (15-20) formam o lobo mamário. Toda a mama é revestida por tecido adiposo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

2.2 Câncer de mama

O câncer é caracterizado por alterações que determinam um crescimento celular desordenado que causa comprometimento de tecidos e órgãos. De acordo com sua origem, o câncer pode ser classificado em duas categorias: Carcinoma ou sarcoma. O carcinoma tem origem em tecidos epiteliais, como pele e mucosas, e o sarcoma em tecidos conjuntivos, como o que dá sustentação à mama (RAMOS, 2005).

Apesar da possibilidade de surgimento dos dois tipos de cânceres de mama, estudos mostraram que cerca de 90% dos casos ocorrem nas estruturas denominadas ductos ou nos lóbulos e 80% se iniciam nas células de revestimento dos ductos mamários, sendo, portanto, denominado carcinoma ductal. Outros tipos de cânceres de mama menos comum são: tipo lobular, medular, mucinoso, tubular e papilar (ALMEIDA et al., 2012).

A cirurgia de câncer de mama tem por objetivo promover o controle local, com a remoção mecânica de todas as células malignas presentes junto ao câncer primário, proporcionar maior sobrevida, orientar a terapia sistêmica, definir o estadiamento cirúrgico da doença e identificar grupo de maior risco de metástase (SCHWARTZ et al., 2000). Entretanto, este procedimento gera comorbidades que causam medo entre as mulheres, podendo ainda

favorecer o desenvolvimento de alterações psicológicas quanto à percepção da sexualidade e da imagem corporal, além dos desconfortos e debilidades físicas (NOGUEIRA et al., 2005).

Dessa forma, o diagnóstico precoce do câncer de mama e os tratamentos menos agressivos têm permitido maior sobrevida e qualidade de vida a essas mulheres, tendo em vista que há possibilidade de que, mesmo em casos cirúrgicos, a doença deteriore menos a imagem corporal, o funcionamento físico e, conseqüentemente, o bem estar emocional delas (FERNANDEZ et al., 2010).

2.3 Técnicas Cirúrgicas

Nas últimas décadas houve um avanço significativo no que se refere ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, desde a mastectomia clássica descrita por Haslsted em 1894 (BATISTON; SANTIAGO, 2005).

Hoje, as cirurgias para controle do câncer de mama são agrupadas em duas categorias: conservadoras e não conservadoras. A tumorectomia e a quadrandectomia são exemplos de cirurgias conservadoras nas quais é realizada, respectivamente, a remoção de tumores pequenos ou remoção de um quadrante ou segmento da glândula mamária no qual está localizado o tumor (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

Dentre as técnicas não conservadoras, destaca-se a mastectomia radical simples, na qual há perda da mama, pele e complexo aréolo-papilar, incluindo tanto o músculo peitoral maior quanto o menor. Já na mastectomia radical modificada há a extirpação da mama, mas preservando o músculo peitoral maior, com ou sem preservação do peitoral menor.

A mastectomia radical modificada pode, ainda, ser do tipo Patey, na qual se retira o músculo peitoral maior e menor, a glândula mamária, o III, IV e V espaço intercostal ou do tipo Madden, na qual são removidos a glândula mamária, há esvaziamento axilar e de linfonodos interpeitorais sendo preservados os músculos grande e pequeno peitoral e os espaços intercostais (CAMARGO, MARX, 2000).

Em geral, as cirurgias não conservadoras deixam mais complicações físicas posteriores e alteram significativamente o corpo e a imagem corporal das mulheres (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

2.4 Repercussões Psicológicas

Apesar das evoluções tanto no diagnóstico quanto no tratamento do câncer, ele ainda está entre as doenças que mais provocam medo e preocupações na população trazendo consigo o estigma de doença fatal e incurável e, dessa forma, amedrontando os portadores e seus familiares (HOFFMANN; MÜLLER; RUBIN, 2006).

O câncer de mama, além do estigma do próprio cancro, representa, para a maioria das mulheres, um importante trauma psicológico, tendo em vista a representatividade da feminilidade, sexualidade e da maternidade atribuída às mamas (VENÂNCIO, 2004).

Além do diagnóstico, a terapêutica do câncer causa, comumente, efeitos físicos secundários e incomodativos como dores, fadiga muscular, vômitos e náuseas. Dessa forma, o câncer de mama afeta a qualidade de vida da mulher na esfera psicológica, física, social e existencial e pode gerar consequências que perduram por toda vida, ainda que sejam mais frequentes na fase inicial da doença (MOREIRA; CANAVARRO, 2008).

Quanto ao aspecto psicossocial, o câncer de mama pode ser delineado em três áreas: desconforto psicológico, mudanças no estilo de vida e preocupações com a possibilidade ou ocorrência da mastectomia e reaparecimento da doença ou morte (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Dentre os problemas psicológicos enfrentados, pesquisadores afirmaram que 20 a 30% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama têm ansiedade, depressão e baixa autoestima em algum momento pós-diagnóstico, os quais afetam o sucesso da reabilitação e a qualidade de vida delas (MENDES, 2013).

Segundo Rezende (2005), a ansiedade define um estado de alerta, que amplia o estado de atenção diante de uma situação de perigo real ou imaginário, podendo ocasionar, além de uma sensação de apreensão, sintomas físicos como mal-estar gástrico, palpitações, sudorese excessiva e cefaleia. Já os sintomas depressivos podem se manifestar através de:

1. Alterações de humor: tristeza, perda de interesse por qualquer atividade, falta de prazer, crises de choro ou variação diurna de humor;
2. Alterações motoras: inibição ou retardo dos movimentos e agitação;
3. Alterações somáticas: variações de apetite e peso, alterações no sono, perda da libido, obstipação e fadiga;
4. Alterações sociais: apatia, isolamento e incapacitação para o desempenho de atividades cotidianas;
5. Alterações cognitivas: desesperança, desamparo, ideias de culpa e suicídio e indecisão.

Entretanto, o câncer de mama recebe um significado individual para cada mulher e afeta as emoções de diversas maneiras. As formas individuais de enfrentamento da doença são chamadas de Estratégias de Coping (ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

Entre as principais Estratégias de Coping utilizadas, destaca-se a procura de suporte social que pode ser traduzida na busca pelo apoio emocional e de ajuda e esclarecimento profissional (MAIA; CORREIA, 2008).

Nesse sentido, a Fisioterapia pode ser um importante elemento no tratamento e na reabilitação das mulheres mastectomizadas, tendo em vista que trata os distúrbios cinéticos – funcionais que o câncer de mama e a mastectomia podem ocasionar e proporciona ajuda e esclarecimento da doença, podendo, conseqüentemente, promover melhoras também psicológicas.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva, transversal com abordagem quantitativa.

A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, no município de Campina Grande, no período de setembro a outubro de 2014. Os indivíduos da amostra foram nove pacientes no pós-operatório de câncer de mama, atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB, na cidade de Campina Grande (PB), de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Pacientes do sexo feminino, com diagnóstico de câncer de mama;
- Foram submetidas à Fisioterapia, em qualquer momento do pós-operatório, assiduamente;
- Idade mínima de quarenta anos.

Foram excluídas as pacientes nos casos:

- Estavam sob suspeita de reincidência do câncer;
- Submetidas a algum acompanhamento psicológico;

3.1 Procedimento para coleta de dados

Para realização desta pesquisa, os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme as diretrizes regulamentadoras da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/ MS, foram seguidos.

Inicialmente, foi requerido o Termo de Autorização Institucional (TAI) para a Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB, afim de que fosse obtido a permissão para coleta de dados com as pacientes da mesma. Em seguida, foi encaminhado o projeto desta pesquisa para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da mesma Universidade sob o Protocolo 36930514.7.0000.5187, mediante isto, iniciou-se a execução desta pesquisa.

Os objetivos foram apresentados as pacientes mastectomizadas, antes da aplicação dos instrumentos, a fim de se obter o consentimento por escrito para a realização da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

3.2 Instrumentos para coleta dos dados

Nesta pesquisa foram aplicados quatro questionários. Inicialmente, as mulheres participantes da pesquisa preencheram um questionário de caracterização sociodemográfica, contendo dados clínicos e cirúrgicos relacionados ao câncer de mama (APÊNDICE I). Em seguida, responderam aos itens do inventário de ansiedade, BECK ANXIETY INVENTORY, e de depressão, BECK DEPRESSION INVENTORY. Por fim, foram aplicados o questionário de qualidade de vida, QUALITY LIFE QUESTIONNAIRE C30, e seu complementar específico para o câncer de mama, SUPPLEMENTARY QUESTIONNAIRE BREAST CANCER MODULE QLQ-BR23.

O inventário BECK ANXIETY INVENTORY (BAI), criado em 1988, avalia os sintomas de ansiedade através de 21 quesitos que descrevem os sintomas característicos da ansiedade. As opções para cada item assumem um valor numérico entre zero e três pontos e devem ser respondidas de acordo com o período de sete dias que antecedeu o momento da aplicação deste inventário.

Ao final do preenchimento, os valores são somados obtendo-se escores entre 0 e 63 pontos. Quanto maior o somatório encontrado, mais elevado o nível de ansiedade. Basicamente, este inventário foi criado visando possibilitar a diferenciação entre quadros típicos da ansiedade. Os escores são classificados em mínimo (0-10), leve (11-19), moderada (20-30) e ansiedade grave (31-63) (CUNHA, 2001).

O inventário BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI), desenvolvido em 1961, avalia a intensidade de depressão. Em 1982 foi traduzido para o português (BECK et al.) e em

1996 validado (GORENSTEIN & ANDRADE). O BDI é constituído por 21 quesitos que descrevem características comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão, tais como: perda de apetite, pessimismo, sentimento de fracasso, falta de libido, sentimentos de culpa, auto depreciação etc. Para cada quesito existem alternativas, as quais se atribuem valores numéricos zero a três pontos, que quantificam a intensidade dos sintomas depressivos. Ao final, soma-se o escore obtido, podendo ser entre 0 a 63 pontos. A classificação dos escores indicativos para a depressão são: mínimo (0-11); leve (12-19); moderado (20-35); grave (36-63) (CUNHA, 2001).

O QUALITY LIFE QUESTIONNAIRE C30 (QLC-C30) e SUPPLEMENTARY QUESTIONNAIRE BREAST CANCER MODULE (QLQ-BR23) são utilizados para avaliação de pacientes oncológicos. Foi traduzido e validado em 81 idiomas, sendo o QLQ-C30 3.0 a versão mais atualizada do mesmo. No total, o primeiro, possui 30 questões que correspondem a cinco escalas funcionais (qualidade de vida geral, função física, função papel/desempenho, função cognitiva, função emocional e função social), três escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vômito), seis itens simples (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldade financeira) e um item de qualidade de vida geral. O questionário é subdividido em escalas específicas, de forma que para cálculo dos escores, considera-se uma escala funcional, uma sintomas e uma de saúde global.

O QLQ-BR23 é uma das complementações, neste caso, específica para o câncer de mama, do QLC-C30 criadas para avaliar manifestações singulares de cada câncer. Este instrumento consta de 23 questões que mensuram os efeitos colaterais da quimioterapia, sintomas relacionados ao braço e mama, a imagem corporal e a função sexual. Para cálculo do escore final, considera-se uma escala funcional e uma de sintomas.

Os escores dos dois questionários são calculados com base no manual da EORTC e variam de 0 a 100, de forma que quanto maior a pontuação maior também a qualidade de vida (SILVA, 2010).

3.3 Processamento dos dados

Os dados foram analisados através dos programas R 3.0.1 e LibreOffice Calc. Realizou-se a estatística descritiva dos dados, obtendo-se: média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e coeficiente de variação para os escores dos questionários; tabelas das distribuições percentuais, por categoria, para a relação entre tempo de fisioterapia e as classificações dos questionários BDI e BAI; gráficos para as variáveis Tempo de Fisioterapia e Tempo de Descoberta da Doença.

Para avaliar a relação entre o tempo de fisioterapia e os escores obtidos dos questionários, foi aplicado o Teste de Fisher para as tabelas de contingência. O Teste de Fisher mostrou-se alternativa para o teste de associação qui-quadrado, visto que não foram atendidas as restrições de todas as frequências observadas serem maiores que zero e de que a menor frequência esperada seja igual a 0,5. Nesse sentido, foram testadas as hipóteses.

H₀: As variáveis linha e coluna são independentes.

H₁: Há associação entre as variáveis linha e coluna.

Uma vez que utilizou-se tabelas de contingências de ordens superiores a 2 por 2 (duas categorias para cada variável), a análise considerou os resultados da implementação computacional no *software* R 3.0.1.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

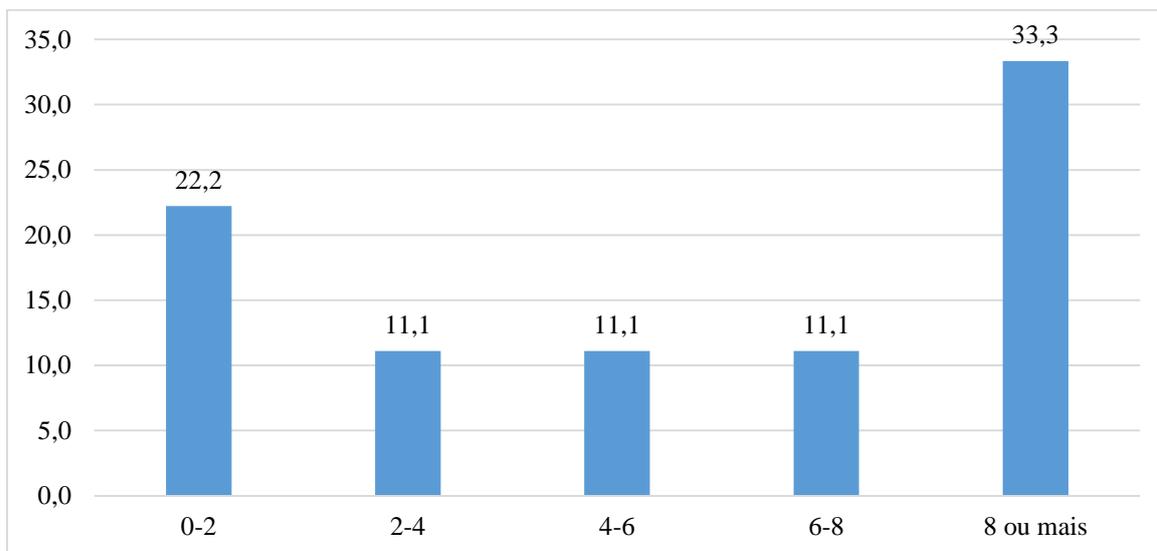
Foram coletadas as amostras sociodemográficas de dez pacientes, do sexo feminino, mastectomizadas, atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia. Obedecendo os critérios de inclusão, foi excluída uma paciente, de modo que para análise foi utilizada uma amostra de nove mulheres, com idades entre 47 e 69 anos.

A análise preliminar indicou uma amostra bastante homogênea, na qual os dados significantes para esta pesquisa foram:

- Quanto à frequência menstrual, oito já eram menopausadas;
- No que se refere a frequência de realização Fisioterapia, oito realizavam atendimento fisioterapêutico duas vezes na semana;
- Apenas uma estava realizando tratamento químico (hormonioterapia).

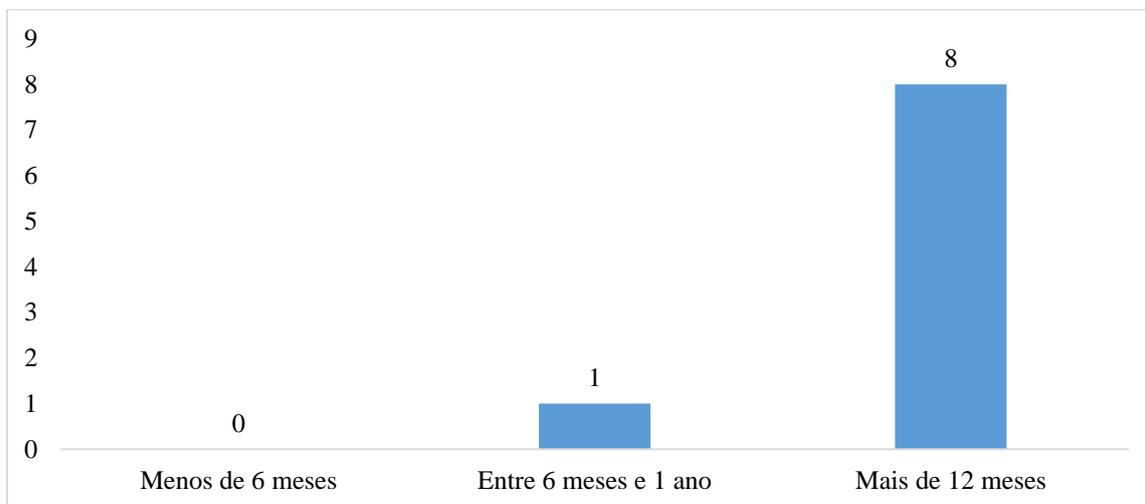
A distribuição dos pacientes por tempo de descoberta do câncer de mama, em anos, e pelo tempo de realização da Fisioterapia estão representados nos gráficos 1 e 2, respectivamente.

Gráfico 1: Pacientes (%) por tempo de descoberta (em anos)



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Gráfico 2: Número de pacientes por tempo de Fisioterapia



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Tabela 1: Estatísticas descritivas por Questionário

Questionários/Estatística		Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	CV
BAI		11,333	7,000	2,000	44,000	13,191	116,390
BDI		4,333	3,000	0,000	11,000	4,153	95,846
QLQ-BR23	Funcional	70,370	70,833	54,167	79,167	8,448	12,005
	Sintomas	22,469	20,000	4,444	60,000	18,000	80,111
QLQ-C30	Saúde Global	68,519	66,667	50,000	100,000	18,056	26,351
	Funcional	70,370	75,556	17,778	93,333	23,174	32,932
	Sintomas	32,194	25,641	7,692	87,179	24,598	76,405

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Conforme mostrado na tabela 1, os escores da média e da mediana para o BAI demonstraram índices de ansiedade leve e ausente/mínimo, respectivamente. Para o BDI, os escores para média e mediana se enquadram em índices de depressão ausente ou mínimo.

Para Hoffmann et. al (2006), *apud* Carrol (2010), os distúrbios de ansiedade, depressão ou baixa auto-estima podem estar presentes em todo o tratamento do câncer de mama e até mesmo após o seu término. Por outro lado, tanto Baqutayan (2012) quanto Komatsu et. al. (2012), afirmaram que estes distúrbios são frequentemente encontrados em pacientes com cancro durante a fase de diagnóstico e tratamento químico, tendo em vista a necessidade do tempo de ajustamento psicológico frente a doença e os efeitos colaterais provocados pela terapia química. Portanto, tendo em vista que apenas uma participante da amostra ainda estava realizando a hormonioterapia e que nenhuma encontrava-se em fase de diagnóstico, os resultados corroboraram com os referidos estudos.

Para a escala funcional do QLQ-BR23, a média e a mediana apresentaram índices altos, enquanto que para a escala de sintomas estes valores foram baixos. Os escores obtidos para o QLQ-C30 mostraram índices para média e mediana altos para saúde global e para escala funcional, enquanto que para a escala de sintomas o mesmo foi moderado para a média e baixo para a mediana. Os resultados obtidos mostraram que as mulheres mastectomizadas submetidas a Fisioterapia apresentaram bons níveis de funcionalidade e boa saúde e menores

sintomas oncológicos referidos. Acredita-se, conforme Batiston e Santiago (2005), Jammal et.al (2008) e RETT et. al (2013), que a Fisioterapia possa ter contribuído para a melhora da qualidade de vida das pacientes, através da prevenção ou reabilitação de sintomas recorrentes da cirurgia que proporcionam maior bem-estar geral e também do apoio social e esclarecimento sobre a doença.

Em relação à variabilidade dos conjuntos, foram calculados o desvio padrão e o coeficiente de variação. A interpretação do desvio padrão, em termos absolutos, é dificultada pela inexistência de faixas de classificação para o mesmo. Neste sentido, a utilização do CV se mostra mais factível.

As tabelas 2 e 3 referem-se à distribuição percentual, por categoria, das classificações dos níveis de ansiedade e depressão em relação ao Tempo de Fisioterapia. Os resultados observados na amostra convergem para o comportamento esperado, de acordo com a literatura analisada. À exceção de uma paciente que estava sob tratamento fisioterapêutico a mais de 12 meses e apresentou resultado discrepante em relação à ansiedade, todas as demais apresentaram ansiedade mínima (66,67%) ou leve (22,22%). Em relação à classificação dos níveis de depressão, todas as pacientes apresentaram escore da faixa mínima.

Tabela 2: Classificação de ansiedade por Tempo de Fisioterapia – distribuição percentual por categoria

Classificação ansiedade	Tempo de Fisioterapia			Total
	Menos de 6 meses	Entre 6 e 12 meses	Mais de 12 meses	
Mínima	0,00%	11,11%	55,56%	66,67%
Leve	0,00%	0,00%	22,22%	22,22%
Moderada	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Grave	0,00%	0,00%	11,11%	11,11%
Total	0,00%	11,11%	88,89%	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Tabela 3: Classificação de depressão por Tempo de Fisioterapia – distribuição percentual por categoria

Classificação BDI	Tempo de Fisioterapia			Total
	Menos de 6 meses	Entre 6 e 12 meses	Mais de 12 meses	
Mínima	0,00%	11,11%	88,89%	100,00%
Leve	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Moderada	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Grave	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	0,00%	11,11%	88,89%	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Especificamente, para analisar a hipótese de que as mulheres mastectomizadas que realizam a fisioterapia apresente baixos níveis de ansiedade e de depressão e melhor qualidade de vida, foram relacionadas, em tabelas de dupla entrada, o tempo de fisioterapia e a classificação dos escores obtidos nos questionários. Para os escores dos questionários QLQ-BR23 e QLQ-C30, que assumem valores contínuos, estabeleceu-se classificação por quartil (Tabela 4). Não realizou-se essa análise para o questionário BDI, visto que este assumiu classificação mínima para todas as observações, o que levaria a conclusão de independência.

Tabela 4: Classificação por quartil dos escores obtidos nos questionários BR-23 e C30

Intervalo de escores	Quartil
[0, 25]	1
(25,50]	2
(50,75]	3
(75,100]	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Para avaliar a relação entre as variáveis linha (classificação do escore) e coluna (tempo de fisioterapia), utilizou-se o teste não paramétrico de Fisher, cuja aplicação às tabelas de contingência levou a rejeição da hipótese nula apenas para QLQ-BR23 Sintomas (analisado pela Tabela 5), ao nível de significância de 15%, sendo obtido p-valor de 0,1111. Dessa forma, mostrou-se que menores escores de sintomas oncológicos podem estar relacionados com maior tempo de tratamento fisioterapêutico e, nesse sentido, menores complicações físicas instaladas.

Tabela 5: Tabela de dupla entrada – Tempo de Fisioterapia (meses) X Classificação BR-23 Sintomas

BR-23 Sintomas	Tempo de Fisioterapia			TOTAL
	MENOR QUE 6	ENTRE 6 E 12	MAIS QUE 12	
1	0	0	6	6
2	0	0	2	2
3	0	1	0	1
4	0	0	0	0
TOTAL	0	1	8	9

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

5 CONCLUSÕES

Ante os resultados obtidos neste trabalho, conclui-se que a hipótese de que as mulheres mastectomizadas submetidas a Fisioterapia apresentem baixas prevalências para ansiedade e depressão foi corroborada pelos dados obtidos da amostra, entretanto, em razão do perfil da amostra obtida (pequena e homogênea) esta hipótese não pode ser confirmada.

Sugere-se maior aprofundamento, nesta linha de pesquisa, com amostras maiores, além de estudos com acompanhamento ao longo do tempo das pacientes, para verificação das possibilidades da atuação fisioterapêutica como fator contribuinte para a menor prevalência da ansiedade e da depressão e maiores índices de qualidade de vida para as mulheres mastectomizadas.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the prevalence of anxiety and depression in women who underwent mastectomy surgery, through an observational, descriptive and cross study, with a quantitative approach, This study was observational, descriptive, transverse with a quantitative approach, which was used as instruments questionnaires BECK ANXIETY INVENTORY (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and the QUALITY LIFE QUESTIONNAIRE C30 with its complementary SUPPLEMENTARY QUESTIONNAIRE BREAST CANCER QLQ-BR23 MODULE for investigation of anxiety, depression and quality of life, respectively. It was performed descriptive statistics of the data, to characterize the sample about the scores of the questionnaires and their classifications and in terms of the variables of interest in the study. In addition, it was applied Fisher's exact test to evaluate association between duration of therapy and classification of scores obtained. The sample was homogeneous, so that: most of the patients had minimal/mild anxiety levels; all patients had a minimum rating for depression scores. The application of Fisher test indicated association between duration of physiotherapy and the QLQ-BR23 Symptoms module. It can be conclude that the hypothesis that the mastectomy women undergoing Physiotherapy treatment have low prevalence for anxiety and depression was supported by the data obtained from the sample, although the profile of it (small and homogeneous) does not allow generalizations to the population of interest.

Keywords: Breast Cancer. Anxiety and Depression. Physiotherapy postmastectomy.

REFERÊNCIAS

- ALCALAR, N. et al. Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. **Jpn J Clin Oncol**. 2012 Oct; 42(10): 940-7. Epub 2012 Jul 31. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22859828>. Acesso em 19 nov.2013.
- ALEGRANCE, F.C; SOUZA, C.B; MAZZEI, R.L. Qualidade de vida e Estratégias de Enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56(3): 341-351. Disponível em http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/07_artigo_qualidade_vida_estrategias_enfrentamento_mulheres_linfedema_pos_cancer_mama.pdf. Acesso em: 19 nov.2013.
- ALMEIDA, T.R; GUERRA, M.R; FILGUEIRAS, M.S.T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2013.
- BAQUTAYAN, S.M. The effect of anxiety on breast cancer patients. **Indian J Psychol Med**. 2012 Apr-Jun; 34(2): 119-123. doi: 10.4103/0253-7176.101774. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23162185>. Acesso em: 18 nov. 2013.
- BATISTON, A. P.; SANTIAGO, S. M. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 30-5, 2005. Disponível em http://www.crefito3.com.br/revista/usp/05_09_12/pdf/31_complicacoes.pdf. Acesso em: 10 mai.2014.
- CAMARGO, M.C; MARX, A.G. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Rocca, 2000.
- CARAYOL, M. et al. Psychological effect of exercise in women with breast cancer receiving adjuvant therapy: what is the optimal dose needed? **Ann Oncol**. 2013. 24(2):291-300. Disponível em <http://annonc.oxfordjournals.org/content/24/2/291>. Acesso em: 19 nov. 2013.
- COONEY, G.M. et al. Exercise for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 9. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/abstract#>. Acesso em: 18 nov. 2013.
- CUNHA, J.A. (2001). **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DEVOOGDT, N. et al. Different physical treatment modalities for lymphoedema developing after axillary lymph node dissection for breast cancer: A review. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. March 2010. vol.149, Issue 1, Pages 3-9. Disponível em [http://www.ejog.org/article/S0301-2115\(09\)00691-5/abstract](http://www.ejog.org/article/S0301-2115(09)00691-5/abstract). Acesso em: 10 nov.2013.
- FERNANDEZ, M.E.R. et al. Diferencias psicológicas em pacientes com câncer de mama según el tipo de cirugía mamaria. **Cir. Plást. Ibero-latinoam.**, Madrid, v.36, n.4, dic.2010. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-

GALLOWAY, S.K. et al. Depression and Anxiety Symptoms Relate to Distinct Components of Pain Experience among Patients with breast cancer. **Pain Res Treat.** 2012; 2012:851276. doi: 10.1155/2012/851276. Epub 2012 Nov 21. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23227331>. Acesso em: 19 nov. 2013.

HOFFMANN, F.S; MULLER, M.C; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 14(2), jul-dez 2006, 143-150p. Disponível em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewArticle/645>. Acesso em: 19 nov.2013.

JAMMAL, M.P; MACHADO, A.R.M; RODRIGUES, L.R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O Mundo da Saúde.** São Paulo 2008; 32(4): 506-510. Disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/12_Fisioterapia_baixa.pdf. Acesso em: 18 nov. 2013.

KOMATSU, H. et al. Guided Self-Help for Prevention of Depression and Anxiety in Women with Breast Cancer. **ISRN Nurs.** 2012; 2012:716367. doi: 10.5402/2012/716367. Epub 2012 Oct 24. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23150835>. Acesso em: 19 nov. 2013.

LOPEZ, M.I. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. **An. Med. Interna (Madrid)**, Madrid, v.24, n.5, mayo 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992007000500001&lng=es&nrm=iso_ Acesso em: 18 nov. 2013.

MAIA, L.; CORREIA, C. Consequências Psicológicas, Estratégias de Coping e Intervenção na doença oncológica: uma revisão da literatura para aplicação prática. **Portal dos Psicólogos**, p.1-34, 2008. Disponível em. Acesso em: 17 nov. 2013.

MALUF, T.P.G. Avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos [dissertation]. **Universidade Federal de São Paulo**, 2002. Disponível em http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_thais.pdf. Acesso em: 22 abr.2014.

MENDES, S. M. C. Inventário de depressão de Beck (BDI) em pacientes mastectomizadas de Teresina-PI. 2013. 69f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013. Disponível em http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1399. Acesso em: 10 mai. 2014.

MIRJAM, P.J. et al. Development of the Psychosocial Distress Questionnaire-Breast Cancer (PDQ-BC): a breast cancer-specific screening instrument for psychosocial problems. **Support Care Cancer.** 2011 October; 19(10):1485-1493. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3166599/?tool=pubmed>. Acesso em: 17 nov. 2013.

MOREIRA, H.; SILVA, S.; CANAVARRO, C. Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v.9, n.1, 2008. Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2013.

PALMER, S.C; TAGGI, A.; DEMICHELE, A.; COYNE, J.C. Is screening effective in detecting untreated psychiatric disorders among newly diagnosed breast cancer patients? **Cancer**, 118:2735-2743. doi: 10.1002/cncr.26603. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.26603/abstract>. Acesso em: 18 nov. 2013.

PATRAO, I.; LEAL, I. Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da Mama. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v.5, n.1, jul. 2004. Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086200400010004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2013.

PRZEZDZIECKI, A. et al. My changed body: breast cancer, body image, distress and self compassion. **Psycho-Oncology**. 22:1872-1879. doi: 10.1002/pon.3230. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3230/abstract>. Acesso em: 18 nov. 2013.

RAFIHI-FERREIRA et al. Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres no pós-tratamento de câncer de mama. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.25, n.3, 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2013.

RETT, M. T. et al. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. **Ciência & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 18-24, 2013. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewArticle/11375>. Acesso em; 7 mai.2014.

REZENDE, Vera Lucia et al. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2005, vol.27, n.12, pp. 737-743. ISSN 01007203. <http://dx.doi.org/10.1590/S010072032005001200006>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001200006. Acesso em: 15 nov. 2014.

SIEGEL, Sidney. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1955.

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 227-36, 2010. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/08_artigo_qualidade_vida_portadoras_neoplasia_mamari.pdf. Acesso em: 12 mai.2014.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004. Disponível em http://www.inca.gov.br/Rbc/n_50/v01/pdf/REVISAO3.pdf. Acesso em: 10 mai.2014.

VODERMAIER, A. et al. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. **BR J Cancer**. 105(12): 1814-7, 2011 Dec 6. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-22095232>. Acesso em: 18 nov. 2013.

ZAINAL, N.Z. et al. Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP**. 2013, 14(4):2649-2656. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23725190>. Acesso em: 19 nov. 2013.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDADE: _____

PROFISSÃO: _____

OCUPAÇÃO: _____

2. ASPECTOS CLÍNICOS

MENARCA: _____

G: _____ P: _____ A: _____

MENOPAUSA: S() N()

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: _____

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO: S() N()

3. DADOS ONCOLÓGICOS

ANO DE DESCOBERTA DA NEOPLASIA MAMÁRIA: _____

ESTADIAMENTO: _____

TIPO CIRÚRGICO: _____

MAMA AFETADA: D() E() AMBAS()

ATUALMENTE REALIZA QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA OU HORMONIOTERAPIA? S() N()

4. ASPECTOS FISIOTERAPÊUTICOS

TEMPO DE ATENDIMENTO: até 6 meses () mais que 6 meses () mais que 12 meses ()

FREQUÊNCIA: _____

DIAGNÓSTICO CINESIOTERAPEUTICO: _____

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**Ansiedade e depressão em mulheres mastectomizadas atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **Ansiedade e depressão em mulheres mastectomizadas atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba**, terá como objetivo geral identificar a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres pós-mastectomizadas atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) .

Ao voluntário só caberá a autorização para _____ e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

-Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

-Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

-Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 3322-4156 com **MARIA DE LOURDES FERNANDES DE OLIVEIRA**.

-Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

-Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa

Local e Data

ANEXO B - BECK ANXIETY INVENTORY

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

(BECK-A)

Data: ____ / ____ / ____

Checado por: _____

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897

ANEXO C – BECK DEPRESSION INVENTORY

ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK

(BDI)

Data. ____ / ____ / ____

Checado por: _____

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Marque um X no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. 0 = não me sinto triste
1 = sinto-me triste
2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
2. 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
2 = sinto que não tenho nada por que esperar
3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3. 0 = não me sinto fracassado(a)
1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4. 0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5. 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

6. 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
1 = sinto que posso ser punido(a)
2 = espero ser punido(a)
3 = sinto que estou sendo punido(a)
7. 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
3 = eu me odeio
8. 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
1 = critico minhas fraquezas ou erros
2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
2 = gostaria de me matar
3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
2 = atualmente choro o tempo todo
3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira
11. 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
1 = fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam 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 pelas outras pessoas
3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer 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

ANEXO D - EORTC Q30

PORTUGUESE



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
Durante a última semana :				
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precistou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

ANEXO E - EORTC BR23



EORTC QLQ - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4
Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4