

DM
CHAR-1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA

Reflexos Emocionais

**Abordagem Psicossomática da Ansiedade e Depressão
em Doentes Oncológicos - Estudo Epidemiológico**

ANA CRISTINA PARDAL CHARRAZ - N ° 12063

ORIENTADOR: Prof. Doutor António Coimbra de Matos

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

BIBLIOTECA ISPA
REG: 16706
COTA: DM CHAR1

2005



	C
<small>Instituto Superior de Psicologia Aplicada</small>	
<small>Classificação</small>	
<small>Registo</small>	16706
<small>Data</small>	26.06.06
<small>Tel.: 21 631 17 53 - DM@ispa.pt</small>	

Agradecimentos

O meu reconhecimento ao Prof. Doutor Mendes Pedro, Director do Mestrado em Psicossomática e meu professor durante quatro anos, por me ter convidado e incentivado a fazer o mestrado e pelo brilhante encaminhamento.

Agradeço ao Prof. Doutor Coimbra de Matos, professor durante três anos e orientador de dissertação, cujos contributos para a Psicossomática se tornaram fundamentais para a minha formação e pela soberba orientação.

Os meus agradecimentos ao Dr. Sérgio Barroso, Oncologista e chefe do Serviço de Oncologia do Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., por ter permitido o contacto com os doentes da quimioterapia e pelos esclarecimentos prestados.

Ao Dr. José Carlos Catarino, Cirurgião no Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., pelo interesse que sempre manifestou pelo meu trabalho.

À Dra. Maria José Graça, Psicóloga responsável pelo acompanhamento dos doentes na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., por ter permitido este “estágio” na Unidade.

Ao Dr. Rui Sousa, pelos testemunhos na primeira pessoa, que me ajudaram a compreender melhor as vicissitudes da doença.

Agradeço à Enf.^a Lurdes Batista, Enfermeira chefe da Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., pelo modo como me recebeu, pelos esclarecimentos e pela ajuda na gestão da recolha de dados.

Agradeço também à Enf.^a Catarina Torres, Enfermeira na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., pelos esclarecimentos e pela consideração.

Os meus agradecimentos à Enf.^a Ana Melão, Enfermeira na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., pelo apoio e por todos os esclarecimentos.

Agradeço à Enf.^a Alexandra Madeira, Enfermeira na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., a disponibilidade manifestada e os esclarecimentos prestados.

À D. Matilde, Administrativa na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., pela forma como me tratou e por ter partilhado comigo a sua experiência.

À D. Amália, Auxiliar de Acção Médica na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., pela consideração e simpatia.

A todos os Familiares e Amigos, pelo tempo que não lhes dediquei.

Ao João.

Aos meus Pais, sempre!

Resumo

Este estudo epidemiológico tem como principal objectivo determinar a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão num grupo de doentes oncológicos que fazem quimioterapia no H.J.J.F - Hospital José Joaquim Fernandes, S.A. Um outro objectivo, que de certa forma lhe é subjacente, é a detecção de grupos de risco.

Como tal, foi construído um guião de entrevista, que permitisse aceder a alguns dados sociodemográficos e clínicos referentes a cada doente. Aos sujeitos que aceitaram participar no estudo foi-lhes feita a entrevista supracitada, previamente testada em oito sujeitos. Posteriormente responderam verbalmente à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão que foi aplicada sob a forma de entrevista, uma vez que a maior parte dos sujeitos era iletrada.

Trata-se de um estudo observacional- descritivo transversal, uma vez que foca um único grupo que é representativo da população estudada e os dados são recolhidos num só momento.

Utilizou-se o método epidemiológico. Este método permite identificar a distribuição das doenças e os factores que lhe estão associados. Fornece indicadores tais como prevalência, incidência e risco relativo em relação ao aparecimento de uma patologia.

Os acontecimentos de vida e os sinais depressivos têm bastante relevância quando se aborda a origem multifactorial do cancro. Um dos maiores interesses da investigação epidemiológica, é a obtenção, pelo método estatístico, de dados que possam ser

considerados como indicadores destinados a ter em conta de modo fiável, na análise da população (neste caso, doentes oncológicos).

A epidemiologia da ansiedade e depressão em doentes oncológicos, consiste na medição da frequência de ansiedade e depressão nesta população e na descrição das características mais relevantes dos sujeitos supracitados.

Numa primeira etapa essencialmente descritiva, surgiram algumas questões sobre os resultados observados. Desta forma foi possível identificar alguns factores associados à presença de ansiedade e depressão em sujeitos com diferentes diagnósticos, assim como conhecer algumas condições individuais e/ou de grupo que predispõem a ocorrência de ansiedade e depressão.

O resultado final deste tipo de estudos, consistiu na valorização do risco que a exposição de determinada população – doentes oncológicos – a condições específicas pode comportar, ao avaliar o perigo individual em função da sua pertença a um grupo social determinado. A aplicação prática da epidemiologia, permitirá identificar as medidas que deveriam adoptar-se e os grupos que dentro da população estariam especialmente protegidos.

Índice

I- Introdução.....	1
1. Patologia Psicossomática.....	7
2. Abordagem Psicossomática em Oncologia.....	14
3. Psicossomática e Imunidade.....	27
3.1 Pode o Stress influenciar o Sistema Imunitário?.....	28
3.2 Resposta Anti-Tumoral do Sistema Imunitário.....	30
4. Doença Oncológica: Fisiopatologia.....	34
4.1 Ciclo Celular.....	34
4.2 Da (Des) Regulação Celular ao Aparecimento de um Cancro.....	35
4.3 Nomenclatura dos Tumores.....	44
5. Aplicabilidade da Cronobiologia à Oncologia: a questão dos ritmos em oncologia.....	49
5.1 O Relógio Biológico e a Organização Temporal do Ser Humano.....	50
5.2 Cronofarmacologia.....	53
5.3 Quimioterapia.....	55
6. Perturbações Psíquicas e Emocionais em Oncologia: a Ansiedade e a Depressão.....	63

6.1 Ansiedade.....	64
6.2 Depressão.....	68
6.3 Ansiedade e Depressão em Doentes Oncológicos.....	75
7. Metodologia de Investigação.....	83
7.1 Desenho de Investigação.....	85
7.2 Participantes.....	85
7.3 Critérios de Exclusão.....	86
7.4 Procedimento.....	86
7.5 Recursos Necessários.....	87
7.6 Considerações Éticas.....	87
7.7 Instrumentos.....	87
7.7.1 Procedimentos Utilizados na Tradução da Escala.....	92
7.7.2 Descrição da Escala.....	95
8. Resultados.....	98
8.1. Características Demográficas e Clínicas.....	98
8.2. Análise dos resultados.....	100
8.3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: <i>Conteúdo dos Itens e Respostas dos Sujeitos</i>	102
9. Discussão.....	125
10. Conclusão.....	136
11. Referências Bibliográficas.....	151

*Aos doentes oncológicos que conheci...
e conheço...*

“Sostengo da tempo che tutte le malattie sono psicosomatici dal moment che psiche e soma non sono che due differenti aspetti del funzionamento di un organismo. Questa apparente contraddizione puó essere spiegata dall`affermazione di W. Reich che psiche e soma sono antitetici ma identici da un punto di vista funzionale”

Lowen

I. Introdução

Entre os muitos males que o ser humano pode padecer, o cancro vem sendo no mundo moderno, um dos que mais terror provoca junto da população em geral.

Apesar dos índices de sobrevivência em oncologia, o cancro continua a ser uma doença temida em todas as culturas. A sua associação ao sofrimento, à dor e à morte, ultrapassa barreiras geográficas e culturais. Para muitos doentes, o diagnóstico de cancro está normalmente associado a doença incurável e à morte inevitável. O confronto com as dúvidas e incertezas associadas a um diagnóstico que os define como portadores de uma doença, a qual não se conhece a cura, é inevitável. Interessa saber: Como é que os sujeitos gerem o seu quotidiano?, Que estratégias usam para suportar toda uma carga “material” e simbólica que está subjacente ao diagnóstico?, Como definem e redefinem as suas trajectórias de vida?, Que tipo de relações adoptam?

A abordagem do cancro é um tema que não pode ser tratado com objectividade e distanciamento, pela recordação dos doentes e amigos que perdemos.

Torna-se difícil integrar o sofrimento na vida quotidiana embora, “a relação do ser humano com o sofrimento tenha sido sempre fundadora de sociabilidade e de identidade” (Marques, 2002).

O modo como a pessoa vive a doença, o significado que lhe atribui, e como esse significado influencia o comportamento e interacção com os outros indivíduos, são componentes integrais da doença.

Se na década de 70 se prestou atenção aos aspectos biológicos do cancro, assistindo-se a um assinalável incremento da investigação nesse âmbito, nos anos 80 são os aspectos psicológicos e sociais os que começam a despertar intensamente o interesse da investigação científica.

Se as investigações médicas questionavam a existência de factores ambientais e comportamentais, relacionados directa ou indirectamente com a etiologia do cancro, elegendo-o como a doença da civilização do séc. XX, a prevenção configura-se por outro lado como a arma efectiva para lutar contra uma doença para a qual não existem (por enquanto) tratamentos definitivos.

A patologia, hoje como ontem, é explicada pela doença; e a sua antiga ligação às emoções e ao padecimento parece ter-se perdido e diluído com o passar das civilizações e dos tempos (Marques, 2002).

O conceito que se tem de doença é incompleto, se não se tem em conta que a pessoa não é somente um organismo biológico, mas que engloba um conjunto de sentimentos, de actividades relacionais e simbólicas do pensamento e da linguagem (Die Trill, 2002).

Para compreender a doença oncológica, é necessário perceber vários processos cognitivos e não esquecer a intervenção de diversas variáveis psico-sociais. Hoje sabemos que o estado emocional de um indivíduo pode influenciar o sucesso ou insucesso de determinada situação. Também sabemos que as atitudes, expectativas e percepções inadequadas face ao cancro, influenciam a capacidade dos doentes, tanto para encontrar aspectos positivos face à doença, como para adaptar-se de maneira mais eficaz e satisfatória à mesma.

Atitudes positivas, podem estar correlacionadas não só com indicadores psicológicos de ajustamento emocional (menores índices de stress, ansiedade e depressão e maiores níveis na qualidade de vida) como também com parâmetros bioquímicos (diminuição dos níveis de cortisol) (Cruess, cit. por Blanco e col. 2002).

Qualquer profissional que trabalhe na área da oncologia tem que confrontar-se com a tendência comum do doente oncológico em experimentar sentimentos de depressão e ansiedade como parte integrante da resposta esperada a uma situação de doença grave.

O diagnóstico de cancro causa angústia no doente e a capacidade de elaborar o adoecer depende do seu nível de ajustamento emocional, da fase da vida em que se encontra, da presença de amigos que apoiem emocionalmente e da doença em si (se os sintomas são incapacitantes, se há presença de dor, da localização do tumor, do tratamento requerido e do prognóstico).

Uma revisão dos estudos realizados sobre as perturbações psíquicas/ emocionais na área da oncologia mostra que quase 50% dos doentes oncológicos desenvolvem alguma perturbação, nomeadamente depressão. Embora mostrando uma variação grande nas taxas de diferenças entre si e na metodologia utilizada, todos os estudos detectam uma prevalência de depressão acima da esperada em relação aos valores verificados na população geral. As causas apontadas para o aumento da prevalência são: a angústia (gerada pelo diagnóstico oncológico), o sofrimento (imposto pelo tratamento) e a dor física. No entanto, permanecem as dúvidas sobre se a associação entre a gravidade e o tipo de doença oncológica, influencia a prevalência de perturbações psíquicas e emocionais.

O objectivo principal deste estudo é determinar a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão num grupo de doentes oncológicos que fazem quimioterapia no H.J.J.F - Hospital José Joaquim Fernandes, S.A.

A escolha desta população está relacionada com o facto de a maior parte do tratamento oncológico se realizar em ambulatório, facto que permite o acesso a um maior número de pessoas.

Um outro objectivo do estudo, e que de certa forma lhe é subjacente, é a detecção de grupos de risco. Ao controlar algumas variáveis que se julgam pertinentes, espera-se que, a avaliação da presença e frequência dos sintomas de ansiedade e depressão, permita concluir acerca dos grupos de doentes que apresentam

maior risco de desenvolver os referidos sintomas, para que futuramente se possam desenhar intervenções terapêuticas específicas para diferentes grupos.

Sabe-se que os factores culturais, determinam entre outras coisas: a conceptualização de uma doença; a resposta do doente face à mesma e aos tratamentos; a vivência dos efeitos secundários que os mesmos produzem; a vivência e expressão da dor física; as fontes de apoio disponíveis e as atitudes que se mantêm perante a deterioração e a morte. Como tal, é necessário uma abordagem integradora do doente oncológico.

Os factores de ordem psicológica e relacional podem desempenhar um papel fundamental na causa e no curso de distintas doenças físicas, chamadas psicossomáticas. Esta terminologia – “Doenças Psicossomáticas” - deve ser utilizada quando se quer fazer referência à multicausalidade e inter-relação entre factores biológicos, relacionais e psicossociais, que colaboram na história da doença.

Por se tratar de um estudo epidemiológico, aquilo que se pretende, é aceder à prevalência de perturbações psíquicas/ emocionais, nomeadamente ansiedade e depressão, num grupo de doentes oncológicos que se encontram a fazer quimioterapia. Para tal, foram utilizadas técnicas e instrumentos, que permitiram uma abordagem integradora do doente - Abordagem Psicossomática.

Este estudo torna-se pertinente ao valorizar o risco que, a exposição de determinada população – doentes oncológicos – a condições específicas pode comportar, ao avaliar o perigo individual em função da sua pertença a um grupo social determinado.

A aplicação prática da epidemiologia, permitirá identificar as medidas que deveriam adoptar-se e os grupos que dentro da população estariam especialmente protegidos.

1. Patologia Psicossomática

“Estamos carentes dum psicosomática de nova geração, que utilize os conhecimentos do passado para se ancorar mas, ao mesmo tempo, para lhe fugir. Para não lhe repetir os conceitos.”

Jaime Milheiro

Em medicina o saber é habitualmente equiparado com o “saber-causa”. Se não se pode conhecer a causa da doença, a sua etiologia, procura-se a causa dos sintomas, a patogenia. Se uma e outra são desconhecidas, tenta-se pelo menos encontrar um ponto coincidente com os aspectos da patogenia, que por serem muito gerais nos permitem identificar alguma causa. De acordo com este modo de pensar, a terapêutica seria concebida como uma técnica de combate à causa da doença ou aos sintomas.

Tendo em conta a importância atribuída ao desenvolvimento de uma causa, não devemos estranhar que durante esta procura insistente, habitualmente se incorram em distorções conceptuais da relação causa - efeito. Uma muito frequente consiste na confusão entre “relação antecedente - consequente”, com “relação do tipo causa-efeito”. Interessa então destacar que ao lado da possibilidade de explicar mecanismos que implicam um tipo de relação causa - efeito (fundamentalmente uma imagem física do homem), existe sem entrar em contradição com esta imagem física (e sem necessidade de submeter-se a ela) a possibilidade de compreender significados que implicam um tipo de relação simbólica, fundamentada numa imagem histórica do homem, feita de sintomas físicos e vivências psíquicas. A história a que se faz referência

não é a ciência, cuja estrutura deriva de uma concepção física, se não aquela cuja organização, cuja matéria prima, não é o facto físico observado sobre uma coisa perceptível, mas a recordação relatada (que constitui o acontecimento histórico) “na medida em que compromete, no terreno do desejo ou do temor, uma importância comunicável” (Chiozza, 2003).

A etiologia das preocupações psicossomáticas é pouco clara. O fenómeno é associado a uma variedade de factores psíquicos e não psíquicos, sendo os sintomas psíquicos, os factores clínicos predominantes. Identificar estes sintomas implica inevitavelmente abordar a ansiedade e a depressão.

Jeamet (cit. por Hernaez & Carrascal, 2000) define como doença psicossomática “ toda a perturbação somática que comporta no seu determinismo, um factor psicológico que intervém, não de uma maneira contínua, como pode ocorrer em qualquer afecção, mas devido a uma contribuição essencial para a origem da doença.”

Na actualidade, “psicossomático “ não significa psicogénico, já que este conceito implica uma causalidade unidireccional na aparição da doença: a partir de algum factor psicológico produz-se uma doença orgânica; pelo contrário, apoia-se num princípio de multicausalidade: consideração etiológica da doença - muitos factores (constitucionais, genéticos, socioculturais, cognitivos, emocionais e relacionais) interactuam uns com os outros contribuindo para o aparecimento da doença orgânica.

Jaime Milheiro (Coimbra de Matos, 2003) usa o exemplo da água, referindo-se à integração psicossomática. Constituída por oxigénio e hidrogénio em partes certificadas, a água exemplifica um corpo vivo estabelecido, que, se por ventura lhe separarem os elementos, nem sequer existirá. Tal como o ser humano, que também não existirá quando lhe separarem a alma do corpo, o biológico do psicológico, a saúde/ doença física, da saúde/ doença mental, como secularmente foi feito e por tendência ainda se faz.

Ao longo da evolução desta disciplina, os diferentes autores têm ido configurando, através dos seus contributos, uma concepção de doença psicossomática, multicausal, enquadrando um modelo biopsicossocial, que é aceite pela maioria dos investigadores. Tenta-se acabar com o dualismo mente- corpo, alegando que o ser humano é psicossomático por natureza. De acordo com Lipowski (cit. por Hernaez & Carrascal, 2000) o acento deve ser colocado no somático (acrescentaria também o racional), de acordo com a doença em questão, o impacto dos factores psicossociais ou orgânicos e a sua manifestação através de sintomas que irão variar consoante a doença, a pessoa e o período da doença.

Pierre Marty definiu as somatizações como sendo um fenómeno psicossomático que consiste em disfunções do corpo biológico decorrentes de uma falha da organização pulsional. O aparelho psíquico falharia na sua função de transformar as excitações (energias pulsionais) em representações psíquicas. Assim sendo, no doente psicossomático a expressão dessas pulsões, não aparecia através de representações (pensamentos, imagens, recordações) mas sim através de "descargas" no "soma". No

corpo ficaria a energia que não se conseguiu representar simbolicamente, que seria maior ou menor de acordo com os indivíduos e o momento da vida em que se encontram.

Uma acumulação de traumatismos (sofrimentos psíquicos) maior do que o indivíduo possa suportar levaria à somatização (doença). A doença substituiria a dolorosa actividade mental de assimilar os sucessivos traumas.

Diferentes são as teorias que explicam as causas das chamadas doenças psicossomáticas. Os psicanalistas como Joyce McDougall, postulam que as pessoas que desenvolvem alguma doença psicossomática, têm tendência a ignorar os sinais do corpo, ou no caso de os registarem, consideram-nos desprovidos de importância. São indivíduos sobreadaptados ¹, que perante situações difíceis e traumatizantes, parecem inabaláveis.

¹ O conceito de adaptação, retirado da biologia está assente na necessidade de sobrevivência física. O indivíduo ao nascer com algumas capacidades adaptativas, adquire outras como resultado da maturação. O Homem terá fundamentalmente de se adaptar à estrutura social. Surgem então três formas de adaptação ao meio: a pessoa muda para ir de encontro às exigências do meio (adaptação auto-plástica); pode modificar o próprio meio (adaptação aloplástica) - adaptação própria de indivíduos criativos, que apelam à fantasia e através dela transformam o meio - ou então optar pela alternativa intermédia de procurar um meio mais favorável (intervenção no meio).

Com frequência encontramos no período anterior ao desencadear da doença psicossomática uma situação vivencial negativa para o sujeito. Aquilo que se verifica, é que se trata de períodos longos ou relativamente curtos (de anos a meses) de acontecimentos stressantes com repercursão emocional surda. Esta repercursão emocional é um dado relevante, na medida em que a emoção é reprimida ou mesmo suprimida, ficando enclausurada (Coimbra de Matos, 2003). Desta forma, o conhecimento do evento traumático é esbatido, o seu reconhecimento negado e o significado lesivo para o sujeito (organismo).

De certa forma, embora usando uma terminologia diferente, Joyce McDougall, Pierre Marty e Coimbra de Matos coincidem nas suas teorias ao definirem os doentes psicossomáticos, como indivíduos que ignoram os sinais que o corpo lhe transmite, que são incapazes de representar mentalmente situações traumáticas, porque as reprimem ou suprimem acabando por submeter-se a elas. Este tipo de doentes, sobreadaptados, seriam auto-plásticos (vão de encontro às exigências do meio).

Muitos dos doentes psicossomáticos manifestam incapacidade para registar e expressar as suas emoções – são alexitímicos-, parecem não manifestar afectividade nas suas relações com os outros. Michel Fain, explica que os doentes psicossomáticos tiveram mães sobreprotectoras que fizeram o possível para evitar-lhes o sofrimento e desta forma interromperam o desenvolvimento normal da unidade psicossomática. Em crianças levariam mais tempo a registar as sensações do corpo, uma vez que ao mínimo sinal de frustração a mãe evitava o contacto com o "objecto frustrante". De tal forma, que na vida adulta, ao não distinguirem estes sinais, porque não os vivenciaram

em altura apropriada, padeceriam de um desajuste entre as sensações corporais e o significado dessas mesmas sensações.

Outros autores baseiam as suas concepções na debilidade genética de um órgão. A pessoa teria uma susceptibilidade específica num determinado órgão e os factores stressantes desencadeariam a doença (nesse órgão ou tecido) porque existia previamente essa susceptibilidade – Teoria da “Resposta Específica”. Outras teorias sugerem a existência de um estado emocional negativo (com predomínio de ansiedade e depressão, ira, hostilidade) que poderia estar implicado no desenvolvimento de muitas perturbações físicas. Também há teorias que explicam as causas das doenças psicossomáticas, a partir de uma predisposição ao stress que certas pessoas podem ter, mas à qual não atribuem importância. A experiência psicoafectiva do stress é praticamente anulada, daí a dificuldade em registar a dimensão psíquica e subjectiva do acontecimento que, segundo Coimbra de Matos (2003), aparece ao próprio e ao outro, como insignificante, não traumático, não stressante, sem valor de causa ou densidade etiopatogénica.

Pode-se então concluir que não se é psicossomático por acaso, mas em resultado de múltiplos factores. Segundo Coimbra de Matos (2003), tudo se passaria ao nível das emoções primárias: medo (ansiedade)/ raiva (zanga) e entusiasmo (alegria)/ esbatimento (tristeza). Os sinais de alerta – Ansiedade (ansiedade - sinal) e Depressão (depressão – sinal) – não são processados pelo aparelho mental incipiente ou arruinado. A ansiedade antecipatória não exerce a sua função adaptativa; bem como a depressão antecipada, talvez devido à incapacidade do próprio aparelho mental, que

pela hiperprotecção da mãe, dificulta o conhecimento do sujeito do seu próprio corpo. Falta a raiva - para a luta – que a primeira desencadeia; e a revolta – para a revolução/ transformação – que a segunda prepara. Fica o desgaste do ferimento sofrido e a perda do não conseguido (daquilo que não foi mas poderia ter sido).

2. Abordagem Psicossomática em Oncologia

“ O maior erro que se pode cometer no tratamento das doenças é haver médicos para o corpo e médicos para o espírito, quando não se pode separar uma coisa da outra... Mas é precisamente o que estes esquecem. É por isso que tantas doenças lhe escapam. Nunca veêm o todo. É a este todo que devem prestar atenção, pois que, quando o todo se sente mal, é impossível que uma parte deste todo esteja sã.”

Platão

(Luban-Plozza & Polinger, 1979)

Em psicossomática, a abordagem “centrada” no doente e não na doença é imprescindível. Procura-se descobrir a forma como o paciente integra psiquicamente uma afecção orgânica sem apresentar perturbações psíquicas palpáveis. Um sintoma pode ser percebido como um simples sinal, como um indício. Mas pode igualmente ser interpretado como uma espécie de linguagem orgânica que reflecte as tendências profundas da personalidade.

Falar na concepção psicossomática do cancro, não implica necessariamente sustentar a sua psicogénese. Trata-se sobretudo de deixar estabelecido que, a implicação de um significado histórico que nos permite compreender a doença como uma forma de simbolização vital, não exclui a implicação de uma causa física que nos permita explicar o mecanismo da sua formação. Desembocamos assim na questão: Como é que a concepção psicossomática do cancro pode ajudar o doente com cancro, ou evitar que o

indivíduo são desenvolva esta doença? Podíamos recorrer, tal como fez Freud, à ideia de condições necessárias mas não suficientes. Assim, sem a existência de Bacilo de Koch não haveria tuberculose e sem a existência de determinada configuração psíquica não haveria a possibilidade de adoecer de cancro.

Numa época em que a física, a mais objectiva das ciências terminou com o mito do observador participante, deveria ser evidente que, além das aparências superficiais, compreender uma importância oculta implica inevitavelmente fazer história, ou seja, transformar o decurso da vida. As variáveis que influenciam o decurso formam parte de uma estrutura, que perde as suas propriedades se tentarmos decompô-la. De modo que, quando se trata de compreender a importância comprometida numa situação vital, em vez de tentar planificar uma experiência é necessário dispor-se a vivê-la.

Ajudar um doente oncológico não implica necessariamente prolongar-lhe a vida a qualquer preço. Há um conjunto de noções básicas que comprometem conceitos que fazem parte dos critérios de saúde: doença, tratamento e prevenção.

Uma vez compreendido o que o cancro significa como forma de vida, compreendemos também que a pretensão de “curar”, no sentido tradicional de tentar restituir as coisas ao seu estado primitivo, constitui uma utopia. “Curar “um cancro implicará uma nova mudança face a um estado anterior ao sucesso -“doença”.

Entre os factores que afectam a evolução e a qualidade de vida dos pacientes com cancro, encontramos aqueles que dependem do impacto que a doença produz no

psiquismo. É necessário pensar o funcionamento do indivíduo como uma rede composta por níveis de análise moleculares, neurais, psicológicas e relacionais.

Podemos abordar o problema do cancro a partir da questão da causalidade e veremos que não podemos omitir elementos psicossociológicos, imunológico-hormonais, do sistema nervoso central e organo-genéticos, todos eles actuando em maior ou menor medida. O cancro, como tal, pode ser considerado como uma entidade clínico-patológica que vai ao encontro da pessoa que possui determinadas características. A resposta de cada indivíduo vai ser particular em função do significado que atribui aos acontecimentos, dos recursos psicológicos que possui para fazer face à ameaça, do mal ou do desafio que a doença possa supor e da rede de apoio social com que possa contar.

Winnicott tenta resumir a psico-morfologia de pessoas com cancro e define três grupos: no primeiro encontramos indivíduos que tiveram a possibilidade de ter um final feliz, que não experimentaram grandes dificuldades ao longo da vida, como identificações introjectivas e projectivas incessantes; no segundo encontramos aquelas pessoas que tiveram experiências traumáticas e que sofreram situações de abandono ambiental (estas pessoas confrontaram-se com tensões, ansiedade e com a doença) e o terceiro grupo é composto por pessoas que sofreram angústias de tipo arcaico, mas que as suas defesas se organizaram de tal maneira que as protegem contra a recordação dessa mesma angústia.

Sala (2001), fala também de três grandes grupos que de certa forma se aproximam dos que Winnicott definiu. O grupo *A* seria constituído por indivíduos com um baixo nível de resistência - defesa. A capacidade destes indivíduos para encarar a doença é débil e a integridade e saúde psicológica estão muito comprometidas. O grupo *B* seria constituído por indivíduos com nível moderado de alarme - defesa/ resistência. O grupo *C* constituir-se-ia por indivíduos com elevado nível de alarme- defesa/ resistência. Representavam aqueles que poderíamos chamar de indivíduos psicologicamente fortes (indivíduos com pouca tendência a se deprimirem). Estes representam uma minoria entre os pacientes oncológicos.

No estudo sobre as relações entre variáveis psicológicas e cancro, alguns investigadores procuraram pesquisar meras associações descritivas entre certos rasgos de personalidade e o aparecimento da doença. Outros estabeleceram a relação existente entre certas emoções e a função imunitária. Em concreto, Levenson y Bemis (cit. por Hernaez & Carrascal, 2000) analisaram resultados de distintos estudos que investigam duas hipóteses: a primeira refere-se à influência de certas variáveis psicossociais no aparecimento e progressão de cancro; a outra hipótese refere-se à possibilidade de certos factores psicológicos afectarem o sistema imunitário, que por sua vez poderão contribuir para o aparecimento e progressão de cancro.

As variáveis psicossociais examinadas implicam estados afectivos, estilos de ataque ou estratégias defensivas e rasgos de personalidade como eventos stressantes. Como tal, é necessário construir um modelo explicativo das diferentes doenças psicossomáticas,

juntando critérios conceptuais e conclusões extraídas dos diferentes estudos para obter uma panorâmica o mais completa possível do momento actual.

Contrada e col. (cit. por Hernaez & Carrascal, 2000) oferecem um modelo explicativo acerca da influência dos factores psicológicos sobre cancro, bastante completo e digno de ser estudado. Definiram variáveis psicossociais como: o stress psicossocial; as emoções de ansiedade, ira, depressão; as dimensões da personalidade como a alexitímia, agressividade, neuroticismo, hardiness; o apoio social e afectivo; o estilo de lidar com a situação repressivo ou evitativo. Os sistemas orgânicos que serviriam de conexão entre variáveis psicossociais e doença seriam fundamentalmente: o sistema peptídico, o sistema nervoso autónomo, o sistema imunitário e o sistema endócrino.

De toda uma série de doenças que se estão investigando na actualidade, podemos-nos referir com rigor e com abundante suporte empírico, a uma série de variáveis psicossociais relacionadas com o cancro.

Existe uma coincidência e um amplo acordo que se refere a rasgos de personalidade geralmente identificados em bastantes doentes oncológicos. É necessário realçar que este grupo de variáveis psicossociais se avalia sempre desde uma perspectiva multicausal, no que se refere à doença oncológica. Têm-se em conta certos factores relacionais, como um elemento mais, que pode ter alguma influência e determinação no curso da doença oncológica, mas de maneira alguma se devem orientar este tipo de investigações, no sentido de propor que certo tipo de personalidade possa ser a responsável (considerada por si só) pelo aparecimento de um cancro numa pessoa.

Muitas contribuições exploram as implicações de um estilo de personalidade repressiva sobre o organismo e a saúde, estudando a sua relação com o stress e os seus efeitos no sistema imunitário e em doenças como o cancro. Os estudos prospectivos tentam identificar as variáveis psicossociais que se associam anos mais tarde ao aparecimento de determinada doença. São investigações muito complicadas dada a dificuldade em seguir a amostra durante períodos de tempo muito longos. Um dos estudos prospectivos mais relevantes (Grossarth- Maticsek y Eysenck, cit. por Hernaez & Carrascal, 2000), examinou 5716 sujeitos entrevistados e seguidos durante quinze anos para demonstrar a alta predictibilidade da mortalidade em doentes com cancro, doentes coronários e outras possíveis causas de morte. Para observar o papel que desempenham os factores de risco, foi construída uma escala que avaliava o conhecimento que se tinha sobre os mesmos. Constatou-se que dos seis tipos de reacções de stress que se estabeleceram, os tipos 1 e 5 apareciam associados aos doentes de cancro. O tipo 1 caracteriza-se por apresentar um elevado grau de dependência conformista, respeito a algum objecto ou pessoa com valor emocional destacado. A este tipo pertenciam pessoas que face a situações stressantes costumavam reagir com sentimentos de desesperança e tendência a reprimir as reacções emocionais. O tipo 5 era composto por pessoas com tendência a emitir reacções racionais e anti-emocionais. Este tipo de pessoas tendia a suprimir ou negar as manifestações afectivas, encontrando dificuldade para exprimir emoções (um tipo que de certo modo vai de encontro aos alexitímicos já referidos) . Denotavam uma predisposição para a depressão e para o cancro, assim como para a artrite reumatóide.

As pessoas deste tipo mostram uma tendência a aplicar defesas como a racionalização e a intelectualização, e não expressam os seus sentimentos, especialmente aqueles considerados por outras pessoas como “negativos”, tais como a hostilidade, constituindo de certa forma a “raiva amordaçada” de que nos fala Coimbra de Matos . A pessoa possui um escasso grau de fantasia e vida simbólica, que pode ser homóloga ao “sonho falhado” na teoria de Coimbra de Matos. Há também uma fraca capacidade de introspecção que se caracteriza por uma impossibilidade de distinguir os sentimentos e emoções dos demais, assim como uma dificuldade em estabelecer conexões entre acontecimentos externos (situações traumatizantes, por exemplo) e as respostas e emoções que aparecem no próprio sujeito – “desconhecimento de si próprio” .

Denota-se um predomínio do racional sobre o emocional.

Outros estudos retrospectivos (Ploeg, Ader & col. cit. por Hernaez & Carrascal, 2000) também mostram que mulheres com cancro de mama têm maior racionalidade, maior controle emocional e menor expressividade dos afectos que mulheres sem cancro da mama.

A depressão, e a associação de factores como a desesperança e perda do social, constituem outra grande categoria de variáveis relacionadas com o cancro. No estudo de Grassi, Malacarne, Maestri & Ramelli (cit. por Hernaez & Carrascal, 2000), investigaram-se as perturbações depressivas e os factores psicossociais relacionados, numa população de 113 pacientes entre os 20 e os 67 anos, um ano depois de lhes ter

sido diagnosticado cancro. Aquilo que se concluiu, foi que o historial de apoio psiquiátrico e o apoio social pobre podiam ser bons predictores da depressão.

O pensamento actual relacionado com as implicações da psicossomática para a oncologia está baseado numa cadeia de raciocínios que se sustentam nas seguintes evidências: evidências de que factores de ordem psicossocial afectam a incidência e progressão de alguns tipos de cancro; evidências de que as actividades do sistema imunitário afectam a incidência e progressão de alguns tipos de cancro; evidências de que factores psicológicos afectam algumas actividades do sistema imunitário, o que nos leva a inferir que as influências psicológicas no sistema imunitário podem mediar a influência de factores psicológicos na progressão do cancro.

A abordagem psicossomática do cancro implica a análise de certas dimensões humanas, pelo que interessa ter em conta diferentes áreas para o reencontro com a pessoa: o sentido que a pessoa dá à sua vida como núcleo do problema; a valorização das expressões emocionais lúdicas que realiza dentro dela, o jogo, o movimento em todas as suas formas de expressão corporal, as actividades conectadas com o riso e a libertação de endorfinas, a respiração profunda que mobiliza a energia vital e potencialmente propicia o intercâmbio relacional; o reconhecimento da nutrição como um direito humano desde a perspectiva global ecológica; o reconhecimento das capacidades criadoras do homem, como expressão de saúde, o pensamento criativo e a sexualidade (que propicia o encontro humano significativo e afectivo que envolve a pessoa na sua complexidade psicológica, cultural e social, biológica, espiritual, como um todo).

Quando se fala na concepção psicossomática do cancro surgem inúmeras questões que merecem ser abordadas. Uma refere-se à herança biológica e à determinação genética do cancro. Outra refere-se ao que denominamos herança cultural. Trata-se de uma velha e sempre renovada polémica entre hereditário e adquirido, ou entre natureza e cultura. Isto leva-nos a pensar que natureza e cultura são dois modos distintos de ver a mesma realidade.

A existência de oncogénos no ADN, quer sejam hereditários ou devidos a vírus, gera uma predisposição para o desenvolvimento de um cancro, mas não basta para determinar que assim ocorra, e o mesmo se pode dizer em relação aos factores carcinogénicos.

Por outro lado sabemos que a existência física é considerada uma evidência e a existência psíquica uma interferência. Por este motivo, muitos ainda consideram que os físicos estão melhor preparados para compreender a integração "psicossomática" do homem, dado que conservam um maior grau de consciência acerca de que a palavra "matéria" designa.

Nos trabalhos sobre a perspectiva psicossomática do cancro, critica-se sobretudo a imprecisão temporal que existe nalguns deles, quando se relaciona uma determinada época biográfica com a aparição do tumor maligno. Os tempos de reduplicação celular no sujeito estudado, ou no tipo de neoplasia considerado, permitem inferir que o tempo em que teria ocorrido o desvio no sentido neoplásico da primeira célula, precede em anos a aparição clínica do tumor. Também se menciona que, desde o ponto de vista

endócrino, ou imunitário, a possibilidade do desenvolvimento da doença é diferente e distinta no caso de um tumor incipiente e no caso de uma grande massa tumoral.

Para que a localização de uma doença psicossomática, seja ela qual for, resulte psicologicamente compreensível, é necessário que o significado “primário” ou específico do órgão afectado forme parte do significado do “conflito actual”. Isto equivale ao que Freud denominava para o caso da histeria “conversão histérica”, uma vez que a zona afectada servia para expressar simbolicamente em termos linguísticos o conflito psíquico implicado. Por outro lado, o “conflito actual” deve conter a reedição inconsciente de uma situação traumática anterior na qual a zona corporal afectada ficou involucrada. O conflito psíquico que configura o “conflito actual” fica “atraído” por um complexo inconsciente que a seu tempo produz um transtorno no órgão actualmente implicado.

De acordo com a teoria de Chiozza (2003) para que uma pessoa adoeça com cancro deve haver uma fixação no período individual que corresponde ao desenvolvimento embrionário. Esta fixação, provocaria uma dissociação, e permaneceria como um desejo insatisfeito que não se integra com o desenvolvimento. Fazendo um paralelismo com a teoria de Coimbra de Matos (quando se refere aos doentes psicossomáticos) pode dizer-se que a referida fixação seria o resultado do “desgaste do ferimento sofrido e a perda do não conseguido” – aquilo que não chegou a acontecer (o desejo insatisfeito).

Se tivermos em conta que uma em cada quatro/cinco pessoas morre como consequência de um cancro, e que se admite que a proliferação neoplásica de células separadas ocorre de maneira contínua sem chegar a constituir um tumor canceroso, podemos supor que esta primeira condição está presente em todos os seres humanos. Seria uma frustração nos estádios posteriores, e a impossibilidade de descarregar no sentido progressivo, a excitação gerada na fixação embrionária através de quaisquer dos estádios, que levaria à patologia psicossomática.

Coimbra de Matos introduz os conceitos de “depressão falhada”, “sonho falhado” e “raiva amordaçada” para tentar estabelecer como ele próprio diz, a “triologia psicopatológica da doença psicossomática”. (conceitos desenvolvidos detalhadamente no capítulo da Depressão).

Para o autor, o núcleo da perturbação psicossomática estará na incapacidade de mentalizar – trabalhar na mente e pela mente – quer a dor (depressão falhada), quer a esperança e a ilusão (do reencontro ou da construção- vaguear pela memória e pela fantasia) – sonho falhado, no sentido do sonho que não se forma. A parte psicossomática da mente será aquela que não vive o desejo nem a perda - sonho e depressão falhados. Até a psicose falha (alternativa delirante de construção de um objecto virtual, de confiança, ainda que um objecto autístico).

A percepção que se tem do tempo é subjectiva e ligada a um ritmo interno biológico, que pode ser afectada pelas alterações do meio. Estas alterações poderão afectar a capacidade humana de adaptabilidade. O próprio ritmo de vida que adoptamos, pode

constituir uma fonte de angústia e frustração e influenciar a homeostase corporal. As nossas experiências fazem parte do “capital” psíquico que usamos para resolver as situações com que nos deparamos. Este “capital” passa a ter uma consistência frágil em virtude de ter que ser constantemente reconfigurado, falhando na actuação de ancoragem psíquica. A velocidade com que se manifestam novas necessidades, acaba impedindo a instalação e aprofundamento de emoções duradouras. Nesse sentido, as mudanças maciças podem levar a uma sobre-exposição do sujeito a perturbações no seu desempenho, porque está frequentemente exposto ao stress, à decisão e à adaptabilidade. Como tal, a sobre-estimulação e solicitação, também se reflectem na distorção da percepção da realidade, reflectindo-se também na cognição e interferindo na habilidade de pensar, de elaborar e nas possibilidades de fazer reajustamentos. Nesse sentido, a exposição à transitoriedade poderá provocar sintomatologia psicossomática, pois conforme preconizam Pierre Marty e Joyce McDougall (representantes do pensamento da psicossomática psicanalítica) o corpo recebe o excesso da sobrecarga psíquica (solicitações em excesso) que não foi possível ser simbolizada, originando somatizações - é como se o psiquismo ficasse privado de palavras.

Numa perspectiva global onde se integre o funcionamento biológico e o funcionamento psicológico - abordagem psicossomática- é preciso encontrar um ponto onde ambos se relacionem. Para Freud o ponto de encontro seria explicado através da “teoria da pulsão instintiva” (ao definir a pulsão como um conceito situado na fronteira entre o psíquico e o somático). As investigações mais recentes apontam o funcionamento imunitário, como sendo o “terreno” mais propício ao processamento destas influências. Em termos mais

concretos, a depressão psicológica daria origem à depressão imunitária, e seria esta fraqueza do sistema imunitário a favorecer o aparecimento e progressão das doenças oncológicas. Para aceitarmos o sistema imunitário como sendo o mediador privilegiado entre funcionamento psicológico e doenças oncológicas, seria necessário a presença de duas condições: que o funcionamento imunitário fosse sensível às variações do funcionamento psicológico (nomeadamente em situações de stress) e que os doentes deprimidos evidenciem alterações do seu funcionamento imunitário.

Se os factores psicológicos e o processo biológico se influenciam mutuamente, cada vez mais os interesses são direccionados para os mecanismos psicossomáticos, o que proporciona uma visão mais ampla do paciente, gerando questões e hipóteses para serem pensadas.

Com este estudo pretende-se fazer uma abordagem psicossomática dos doentes oncológicos, de modo que, a pertinência deste capítulo se prende com as implicações teóricas da referida abordagem.

3. Psicossomática e Imunidade

O desejo de continuar vivo (...) supõe de forma permanente um movimento biológico organizado, montado, perene, vitalizador (...). Será impossível conceber uma circunstância psicológica no sujeito vivo, despida dessa condição.

Jaime Milheiro

(Prefácio a Coimbra de Matos, 2003)

Por doenças auto-imunes entendemos ser, aquelas doenças em que se desenvolvem certas reacções imunológicas contra constituintes naturais do organismo (self), levando a lesões localizadas ou sistémicas. É graças à participação celular da resposta imunitária que as células infectadas por vírus ou por outros parasitas intracelulares podem ser destruídas.

Na década de oitenta, o sistema imunitário era referido como uma espécie de “sexto sentido” orgânico, remetendo para informações do ambiente acessíveis aos cinco sentidos do cérebro. Evidências da interacção entre sistema imunitário e elementos dos sistema nervoso central foram “demonstradas”: as alterações psicológicas que ocorrem no início e no curso das doenças infecciosas e cancerígenas, bem como nas alergias e nas doenças auto-imunes; as evidentes influências do stress nas hormonas (cortisol, adrenalina) e consequentemente na imunidade; os constantes efeitos dos neurotransmissores e neuropeptídeos na imunidade; os muitos efeitos experimentais do stress na imunidade; os efeitos das drogas psicoactivas sobre a imunidade; a correlação das diferenças psicológicas individuais com as diferenças da imunidade

individual; e a ocorrência de anomalias imunitárias em doenças psíquicas/emocionais, como por exemplo na esquizofrenia, na depressão e no stress.

3.1. Pode o Stress influenciar o Sistema Imunitário?

A relação entre stress e a resposta imunitária foi proposta pela primeira vez por Selye (1936, cit. por Bóscan e Barrios, 2002) que observou a evolução linfática e uma susceptibilidade aumentada das infecções em animais sujeitos a procedimentos stressantes. Estudos em modelos animais demonstraram que o stress em animais aumenta o desenvolvimento do cancro induzido por vírus. Também se tem demonstrado que o stress pode aumentar o potencial cancerígeno.

O stress é a resposta de um sistema de influências ambientais, que tentam levar as funções para fora do seu funcionamento normal. Um agente "stressor" é um estímulo que induz uma resposta fisiológica anormal. No caso de sistemas biológicos o agente "stressor" não é necessariamente um evento externo ao sistema, se não originado a partir de material passado armazenado no organismo.

No cancro, o stress ocorre a vários níveis. Primeiro existe o stress físico da doença em si, desenvolvido dentro do corpo. Segundo há o efeito físico dos tratamentos: quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento hormonal, com sérios efeitos secundários. Terceiro, os sintomas físicos activam um tipo psicológico, relacionado com a possibilidade de uma recorrência ou de aparição de metástases.

Numerosos estudos humanos demonstraram uma incidência incrementada de eventos stressantes na vida das pessoas, que precede a aparição do cancro do pulmão (Picard, 1979), cervical (Schmale & Iker, 1965), gástrico (Leherer, 1980), pancreático (Fras y col, 1967) e mais recentemente também o cancro do colón (Kune y col. 1999) e da mama (Geyer, 1991) (cit. por Bóscan e Barrios, 2002).

Sabemos que o sistema imunitário é uma complexa máquina de sobrevivência que determina a distinção entre o que é próprio e o não próprio. A reacção imunitária é activada num esforço para manter a homeóstase corporal (equilíbrio orgânico).

No final da década de cinquenta, experiências com animais mostraram que o stress podia afectar a imunidade. Os investigadores constataram que os ratos expostos ao stress eram mais susceptíveis de contrair infecção pelo vírus da Herpes Simples. Mais tarde demonstraram que nos primeiros anos de vida da criança, o stress poderia afectar a futura resposta dos anticorpos na vida adulta.

Nos anos sessenta foram feitas algumas observações psicossomáticas em relação às alterações emocionais que surgiram no início e durante o curso das doenças auto-imunes, nomeadamente em relação à Artrite Reumatoide, ao Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e à Doença de Graves. Aquilo que se pretendia era avaliar a força dos elementos emocionais no desenvolvimento de algumas doenças. Uma das observações mais intrigantes, talvez tenha sido o facto dos familiares saudáveis de pacientes com Artrite Reumatoide também apresentarem uma serologia característica do anticorpo

dessa doença (o factor anti - imunoglobulina G) e, ao possuírem capacidade superior de adaptação psicológica, esses familiares não apresentavam a doença (Soloman, cit. por Ballone, 2001). Este facto sugere que a estabilidade psíquica/ emocional pode ter uma influência protectora até mesmo contra uma predisposição genética.

3. 2. Resposta Anti-Tumoral do Sistema Imunitário

O interesse na resposta anti-tumoral do sistema imunitário, prende-se com certas evidências científicas que mostram a existência da actividade anti-tumoral do referido sistema. A presença de um infiltrado linfocitário nos exames histológicos de alguns tumores (por exemplo o carcinoma mamário) sugere que a reacção inflamatória pode influenciar o crescimento tumoral. Por outro lado, foram observadas regressões espontâneas de tumores em pacientes com melanomas malignos, implicando portanto a existência de uma pressão afectiva imunitária sobre estas doenças malignas (Currie, cit. por Boscán e Barrios, 2002).

Sabemos que os indivíduos imunossuprimidos têm um maior risco de desenvolver alguns tipos de neoplasias, e que o risco de cancro em doentes alo-transplantados, é 100 vezes maior que na população geral. Os tipos de cancro que daí advêm estão associados a vírus oncogénicos, que se mantêm presumivelmente reprimidos por um sistema imunitário efectivo. Manipulações efectivas do sistema imunitário podem induzir a regressão do tumor, como é o caso dos melanomas.

As células mais efectivas de que dispomos na resposta anti-tumoral são as células NK (natural killer), que se pensa terem evoluído como células anti-vírus. No envelhecimento evidencia-se uma incidência incrementada de tumores correlacionada com uma diminuição da actividade das células NK; ratos com células NK intactas, mas sem linfócitos T² e B, são capazes de eliminar pequenos tumores; demonstrou-se que as células NK têm um papel anti-tumoral somente quando o tamanho do tumor é pequeno, sugerindo que podem prevenir certas metástases que viajam pelo sangue, mas que têm pouco efeito em tumores estabelecidos.

Mas também há evidências de que as células cancerígenas podem evadir e subverter estas respostas e sobreviver. Quer em modelos experimentais, quer em pacientes com cancro avançado, já foi demonstrada a supremacia generalizada da sua resposta imunitária. As células cancerígenas que adquirem capacidade para evadir o reconhecimento imunitário ou inactivar as ditas respostas, são as que têm êxito em estabelecer um verdadeiro tumor, as outras são eliminadas já que a mesma resposta imunitária exerce uma pressão selectiva que elimina aquelas células cancerígenas que induziram a resposta imunitária (Doherty, cit. por Boscán & Barrios, 2002).

² Sabe-se hoje que a imunidade mediada pelas células T tem muita importância no desaparecimento de tumores sólidos, já que reconhecem antígenos de histocompatibilidade de classe I, presentes em todas as células nucleadas do organismo, em contraste com os antígenos de histocompatibilidade de classe II, que só são expressados pelas células que apresentam antígenos. Também actuam na imunidade específica através da libertação de mediadores na resposta a um antígeno específico.

Pode-se então concluir, que além do papel que as células imunitárias desempenham na destruição tumoral, é também verdade que as células cancerígenas podem adaptar-se de tal forma e evadir ou subverter as respostas imunitárias dirigidas contra elas.

Complexas interações entre o SNC, o sistema endócrino e o sistema imunitário, deram origem a hipóteses, que referem que os stressantes psicológicos podem ter impacto no SNC, como resultado da modulação da resposta imunitária . Existem estudos na literatura que sugerem que os indivíduos que experimentam mudanças negativas na sua vida recente, têm maior risco de contrair uma variedade de doenças infecciosas (Cohen, cit. por Boscán e Barrios, 2002).

Pacientes deprimidos geralmente apresentam uma resposta imunitária mais pobre que os outros. Alguns estudos mostram que os pacientes deprimidos tem menor percentagem de linfócitos T helper. Para explorar a possível relação entre stress psicológico e cancro, foi levado a cabo um estudo (referência bibliográfica desconhecida) que pretendia avaliar a resposta imunitária de 28 pacientes não psicóticos medicamentados e com diagnóstico de depressão. Os pacientes foram divididos em grupos de alto e baixo stress. Os linfócitos foram expostos a radiações X para o ADN celular e assim induzir mecanismos de reparação do ADN. Os linfócitos obtidos dos pacientes mais stressados, tinham uma reparação do ADN significativamente menor em relação aos pacientes com nível menor de stress.

Mas para melhor compreender os processos biológicos implicados na resposta anti-tumoral, seja ela relativa ao sistema imunitário, ao sistema endócrino, ou ao sistema neurológico, é necessário compreender alguns aspectos da fisiopatologia da doença oncológica, compreender o ciclo celular e as características e propriedades das células cancerígenas. Será também importante perceber que tipos de tumores é que existem, qual a sua nomenclatura, em que é que diferem e no que se assemelham e quais as suas vias de dessiminação. Este é o objectivo do capítulo que se segue.

4. Doença Oncológica: Fisiopatologia

4.1 Ciclo Celular

A célula é a unidade básica estrutural e funcional em todos os seres vivos. Encontram-se aproximadamente 60 000 biliões de células no corpo humano do indivíduo adulto. Embora existam muitos tipos diferentes de células, todas elas têm características comuns e a maioria delas tem a capacidade de se reproduzir.

A célula saudável, activa e ordenada, é uma pequena central eléctrica, um laboratório, uma fábrica ou uma máquina de reprodução *per se* vezes sem conta.

O ciclo celular é a sequência de acontecimentos envolvidos na duplicação e distribuição do ADN pelas células-filhas produzidas pela divisão celular. A fase G₀ (fase de descanso pós mitose) é a fase que envolve o período do ciclo celular em que a renovação normal do tecido não está a proliferar activamente. A fase G₁ (período de crescimento ou de pós- mitose/ pré-síntese) dura de doze a catorze horas e compreende a realização da prévia divisão das células até ao início da replicação dos cromossomas. Na fase S (síntese) que dura aproximadamente de sete a vinte horas, o ARN é sintetizado sendo essencial para a síntese do ADN. A fase G₂ (fase pós-sintética/ fase pré-mitótica) que dura cerca de uma a quatro horas, é uma fase de relativa hipoactividade, em que as células esperam para entrar na fase mitótica. Na fase M (mitose) cuja duração pode ir de quarenta minutos a duas horas, ocorre a mitose e divisão celular. A síntese das proteínas continua mas é drasticamente reduzida.

4.2 Da (Des) Regulação Celular ao Aparecimento de um Cancro

O cancro consiste no crescimento descontrolado e disseminação de células anormais no organismo, que invadem e provocam danos nos tecidos e órgãos. O cancro é a segunda causa de morte nos países desenvolvidos, nos quais uma em cada quatro pessoas morre devido a esta doença.

Todos os cancros se originam como consequência de mudanças chamadas mutações nos genes das nossas células. O cancro é portanto uma doença genética, no entanto geralmente não é hereditária, ou seja, salvo uma pequena percentagem, não se transmite de pais para filhos.

No modelo mais simples do crescimento celular, a célula divide-se para produzir duas células filhas, que por sua vez se dividem, em quatro células, oito células, etc. Deste modo o número de células aumenta na proporção de dois (crescimento exponencial).

O cancro inicia-se quando uma célula escapa aos controles de divisão e morte celular e começa a proliferar descontroladamente. A carcinogénese, ou aparecimento de um cancro, é o resultado de dois processos sucessivos: o aumento descontrolado da proliferação de um grupo de células que dá lugar a um tumor ou neoplasia e a posterior aquisição por parte destas células da capacidade invasiva que lhes permite a disseminação desde o local de origem no organismo, e colonizar e proliferar noutros tecidos ou órgãos (processo conhecido como metastização).

A proporção do crescimento dos tumores expressa a duplicação do tempo. O tempo de duplicação é o tempo necessário para a massa de um tumor duplicar o seu volume. As células do tumor sofrem uma série de duplicações, à medida que este aumenta de tamanho. A média de duplicação do volume do tumor na maioria dos tumores sólidos primários é aproximadamente de dois a três meses, com uma amplitude de onze a noventa semanas. O volume mínimo de um tumor, detectado clinicamente, é de dez biliões de células (1gr). As massas do tumor são normalmente de cem biliões de células ou 10 gr no momento da detecção. A morte do hospedeiro ocorre normalmente quando o organismo portador do tumor iguala ou excede 1 trilião de células ou 1kg do tumor. Este crescimento de 1gr a 1kg requer apenas cerca de 10 duplicações.

À medida que o volume do tumor aumenta, a fracção de crescimento diminui. Nos últimos estadios de crescimento do tumor, este normalmente concentra apenas uma pequena porção de células com actividade proliferativa. O tumor perde células pela diferenciação, morte ou descamação. O crescimento celular continua normalmente na periferia do tumor, tomando-se o centro cada vez mais inactivo e eventualmente necrótico. Finalmente, o tumor alcança um ponto onde a morte da célula se assemelha ao nascimento da mesma e a estabilidade é alcançada. A rápida proliferação das células do tumor, seguida pela proliferação contínua mas lenta, é a denominada função Gompertziana.

Se só há um aumento do crescimento de um grupo de células no lugar onde normalmente se desenvolvem fala-se de um tumor benigno, que geralmente é eliminável por cirurgia. Pelo contrário, quando as células de um tumor são capazes de

invadir os tecidos circundantes ou distantes, depois de entrarem na corrente sanguínea ou linfática e formar metástases, fala-se de um tumor maligno ou cancro.

Existem genes que nas suas versões sãs estão relacionados com o controlo, crescimento e sobrevivência celular, que em outras circunstâncias estão relacionadas com o aparecimento de certos tipos de cancro. Entre estes podemos encontrar: os proto-oncógenes, genes normais que estimulam a proliferação celular (a sua versão alterada denomina-se de oncógene que dá lugar à excessiva e descontrolada proliferação celular); e os genes supressores de tumores, que inibem a produção anormal de células. Um defeito nestes genes ao eliminar os “travões naturais” pode gerar quadros oncológicos.

Sabe-se que as células proliferam aumentando o seu conteúdo de moléculas e órgãos (crescimento em massa ou tamanho), duplicando e segregando os seus cromossomas, para posteriormente dividir-se em duas células que são geneticamente iguais à célula mãe. A proliferação celular tem lugar de um modo controlado de acordo com as necessidades gerais do organismo. A regulação do ciclo celular ocorre de diferentes formas. Algumas dividem-se rapidamente, outras, como as células nervosas, perdem a capacidade de dividir-se uma vez chegadas à fase adulta. Algumas, como as células hepáticas, conservam a sua capacidade de divisão, embora não a utilizem.

As células cancerígenas são capazes de completar o ciclo celular mais rapidamente, pela diminuição do tempo dispendido na fase G1 e é muito menos provável entrarem ou manterem-se na fase G0 do ciclo celular em comparação com as células normais, porque se dividem continuamente.

Um conceito errado sobre o cancro é que este determina uma população de células que se reproduz mais rapidamente do que as células normais. De facto, muitos cancros têm um crescimento um tanto lento.

Nem todas as células cancerígenas podem proliferar indefinidamente, mas todos os neoplasmas contêm células que se submetem às restrições colocadas pela proliferação. Isto resulta do crescimento das células para além das margens normais, e na pressão de outros órgãos, podendo contribuir para a invasão dos tecidos e estruturas vizinhas, por células cancerígenas.

As células cancerígenas possuem as seguintes propriedades:

- a) São capazes de atravessar um número infinito de populações, duplicando -se, se tiverem disponíveis factores nutritivos e de crescimento (imortalidade das células transformadas);
- b) São menos aderentes, resultando no aumento da mobilidade celular (diminuição da aderência);

- c) Não necessitam de uma superfície para se agarrarem e proliferarem (perda da dependência de ancoragem);
- d) Perdem o ponto de controlo restritivo (ponto onde a célula é impedida de continuar o ciclo celular) e continuam a proliferar apesar das condições de subnutrição e da alta densidade celular.

Do mesmo modo, todas as células cancerígenas participam na proliferação activa. Os tumores são compostos de misturas de células estáticas, expansivas e renováveis.

Os eventos do ciclo celular são coordenados por um relógio molecular mas este relógio também deve poder estabelecer pontos de controlo a fim de evitar erros catastróficos. Um importante regulador do ciclo celular é constituído por uma proteína denominada P53³, que exerce um controle de tipo negativo travando a divisão ao nível de G1. Esta proteína é sintetizada pela própria célula em resposta ao aparecimento de alterações do ADN. Origina-se no gene P53 pertencente à categoria de genes supressores de tumores. As células que não replicam o seu ADN estabilizam-se na fase G1. Se o ADN replicado tiver um dano perigoso para as células filhas, a proteína P53 encarrega-se da morte celular.

³ É importante salientar que aqueles fármacos anticancerígenos, que actuam alterando de alguma forma a replicação correcta do ADN, requerem para a sua completa efectividade, uma P53 funcional. Se isto se cumprir podem desencadear a morte das células cancerosas alteradas pelo fármaco.

Entre os múltiplos efeitos da denominada “proteína supressora de tumores” (P53) pode mencionar-se o controlo da integridade do ADN, a terminação correcta das diferentes fases do ciclo, a detenção do crescimento celular e o início do suicídio celular.

Durante cada ciclo de divisão celular é produzido um decréscimo (50-200 nucleótidos) dos extremos dos cromossomas chamados telómeros. Isto deve-se à incapacidade da ADN polimerase de replicar as extremidades das moléculas de ADN. Hoje acredita-se que este mecanismo faz parte do “relógio celular” que conta o número de divisões e é responsável pela limitação da vida das células. A observação de que as células tumorais expressam níveis elevados de telomerase, levou a especular acerca da sua reactivação ser necessária para o crescimento tumoral e que a sua inibição poderia supor um novo tipo de terapia contra o cancro. Assim sendo, a indução do gene supressor P53 parece ser importante para provocar a morte celular e evitar a acumulação de mutações e consequente malignização das células.

Quando uma célula normal completa a sua função fisiológica ou percebe uma alteração genética ou celular, põe em funcionamento um processo fisiológico denominado apoptose que induz a sua própria morte.

É interessante assinalar que alguns autores consideram como células tumorais aquelas que “podem suportar certos danos genéticos que numa célula normal induziriam a sua própria morte celular por um processo fisiológico denominado apoptose”, enquanto outros as consideram unicamente como células de proliferação descontrolada. Isto pode tornar-se de grande importância para o desenho de agentes quimioterapêuticos.

Embora numerosas teorias tenham sido propostas para explicar a carcinogénese (processo através do qual as células normais são transformadas em células cancerígenas), nenhuma dessas teorias explica com uniformidade a totalidade do processo. A causa exacta da maioria dos cancros humanos continua desconhecida.

A carcinogénese é um processo que pode ocupar a maior parte da vida de uma pessoa. Os tumores podem não aparecer por vinte, trinta ou quarenta anos em grupos de risco e a maioria das pessoas diagnosticadas com cancro não tem uma história óbvia de exposição ao carcinogéneo. Os investigadores não têm sido capazes de comprovar, definitivamente, que o acontecimento inicial na carcinogénese é uma mutação. Qualquer que seja a causa do cancro o resultado final será uma mudança irreversível no código genético celular.

As alterações no ambiente hormonal resultam quase sempre de uma produção excessiva de hormonas endógenas ou da administração excessiva de hormonas exógenas. Quatro dos principais cancros humanos (cancro da próstata, cérebro, mama, endométrio) ocorrem em tecidos com resposta hormonal. No entanto os tecidos requerem hormonas para crescimento normal e funcional, não havendo evidência de que as hormonas produzam qualquer efeito cancerígeno directo. As hormonas promovem o processo cancerígeno, sensibilizando a célula para confrontação cancerígena ou modificando o crescimento de um tumor já constituído.

Desde o início da década de setenta que tem sido feito um grande esforço para sistematizar os dados disponíveis acerca dos riscos de cancro atribuídos aos carcinogéneos químicos. Estes incluem componentes ou elementos que alteram o ADN.

A relação entre os carcinogéneos químicos e o cancro foi documentada durante vários séculos começando com o alto índice de cancro escrotal observado entre os limpachaminés. A variedade dos carcinogéneos ambientais estende-se desde os conservantes alimentares até à poluição atmosférica. Por outro lado também há vírus que contribuem para a carcinogénese vírica ao afectarem o ADN do hospedeiro, resultando em mudanças proto-oncogénicas e mutação celular.

A radiação é outro carcinogéneo e tem potencial para o ser mais activamente. Através desta fonte, os danos na célula podem dar origem a um tumor. As fontes de exposição às radiações ionizantes incluem solos minerais, radioactivos, Raio X para diagnóstico ou terapêutica e materiais sintéticos radioactivos. As leucemias, particularmente a Leucemia Mielóide Aguda e a Leucemia Mielóide Crónica, o Linfoma, o cancro da pele, o Osteosarcoma, o cancro do pulmão, da tiróide e da mama, têm ocorrido após exposição à radiação.

Normalmente, o sistema imunitário controla a proliferação de células potencialmente cancerígenas. As pessoas com um sistema imunitário deprimido ou deficiente têm uma maior probabilidade de desenvolver cancro do que as pessoas com a função do sistema imune normal (como já foi referido). Com base nesta teoria, o cancro devia aparecer apenas quando o sistema imunitário está debilitado. As pessoas com cancro, quando

avaliadas na altura do diagnóstico inicial, têm por vezes funções imunitárias anormais. No entanto, nem todos os tipos de cancro progridem para imunodeficiência.

O reconhecimento sobre o papel da genética no processo da carcinogénese tem-se expandido rapidamente, em parte devido ao projecto Genoma Humano mundial. Alguns indicadores genéticos estão disponíveis para uso clínico na identificação de indivíduos que têm susceptibilidade genética para o cancro. No entanto muitos dos locais específicos do genes anormais são desconhecidos.

Frequentemente os dados clínicos e a história familiar são os primeiros indícios usados na identificação daqueles indivíduos com uma potencial predisposição hereditária para o cancro, conhecida também como Síndrome do Cancro Hereditário (SQH). As famílias com SQH incluem indivíduos com alto risco de desenvolvimento de cancro.

Estima-se que 5 a 10 % de todos os cancros resultam de uma predisposição hereditária. O síndrome do cancro hereditário é caracterizado: pelo diagnóstico do mesmo cancro em múltiplos membros da família ao longo de várias gerações; idade mais precoce do que seria de esperar; um tumor único em locais combinados; um número elevado de cancros bilaterais em órgãos pares e a presença de síndromes pré-cancerígenos e cancros raros. O SQH resulta de mutações dentro das células de origem. Estas mutações ocorrem no ovo ou no esperma e são herdadas pelas gerações subsequentes por transformação mendeliana. No SQH, o ovo fertilizado contém uma cópia imperfeita de um gene. Quando este ovo se divide, cada célula nova recebe o gene imperfeito. Embora todas as células do corpo tenham uma cópia do gene

imperfeito, o cancro ocorre em apenas um ou dois órgãos. Também, como são necessárias múltiplas mutações, mesmo indivíduos com uma mutação da célula de origem podem nunca desenvolver o cancro associado ao gene mutado. É importante lembrar que o traço, tendo sido geneticamente passado por gerações subsequentes, é a predisposição para desenvolver cancro e não um cancro *per se*.

4.3 Nomenclatura dos Tumores

Os tumores são agrupados de acordo com o tecido de onde são originários e são descritos pelo sistema de classificação histogenética em termos latinos e gregos. Os tumores benignos terminam normalmente com o sufixo *oma*, exemplo, Fibromas e Adenomas. As exceções a esta regra incluem Hepatomas e Melanomas. Os melanomas são neoplasias malignas dos melanocitos e os hepatomas são neoplasias malignas do fígado.

A leucemia é um cancro do sistema hematológico, sendo mais um tumor difuso do que um tumor sólido. É caracterizada pela proliferação anormal e libertação de leucócitos precursores. É classificada como linfóide ou mielóide de acordo com o tipo de células predominantes; como aguda ou crónica de acordo com o nível de maturidade. A leucemia aguda é caracterizada pela proliferação de células brancas do sangue, a leucemia crónica caracteriza-se pela proliferação de células maduras. O prefixo *linfo* descreve a leucemia de origem linfóide. O prefixo *mielo* descreve a leucemia de origem mielóide.

O linfoma maligno é um cancro no tecido linfóide. Tanto o linfoma não-Hodgkin como a doença de Hodgkin, são classificados de acordo com quatro características principais: tipo de célula, grau de diferenciação, tipo de reacção extraída pela células do tumor e padrões de crescimento.

O Mieloma Múltiplo é uma proliferação cancerosa de células do plasma (linfócitos B). É caracterizado pelo envolvimento da medula óssea, destruição do osso e a presença de hemoglobina homogénea na urina ou no sono.

O cancro pode permanecer como um processo local invasivo ou pode expandir-se a áreas não adjacentes por canais hematogéneos ou linfáticos. Muitos tumores metastizam para órgãos distantes através de nódulos regionais. Como há diferentes padrões de expansão dos tumores, é importante determinar a extensão da patologia do doente oncológico.

A disseminação do cancro depende de uma série de acontecimentos que ocorrem na superfície da célula do tumor e no leito vascular da pessoa com cancro. A proliferação de células cancerosas do tumor primário ocorre por dois grandes processos: crescimento directo a áreas contíguas ou crescimento por metástases em tecidos não adjacentes. A disseminação das células cancerosas pode não estar limitada apenas a um processo, uma vez que a extensão por uma via pode permitir a entrada por outra.

A instrumentação cirúrgica providencia igualmente uma via directa para expansão das células neoplásicas. A contaminação do tecido normal pode ocorrer durante o procedimento cirúrgico (exemplo: diagnóstico por biopsia e paracentese). As células do tumor podem ser semeadas por agulhas, pela forma de as retirar ou pela manipulação do tumor durante a cirurgia, ao libertar células na circulação.

Metástase deriva do prefixo grego, *meta*, que significa “para além de” e do verbo grego *istémi*, que se traduz por: estar, colocar, etc. Este processo permite a libertação de células de um primeiro local, expansão subsequente e ligação a estruturas em lugares distantes. A capacidade de uma célula cancerosa invadir tecidos adjacentes e de metastisar em lugares distantes é a sua propriedade mais virulenta. Esta é uma característica importante do cancro.

Aproximadamente 30% dos doentes com tumores sólidos têm metástases clinicamente detectáveis na altura do diagnóstico inicial. Adicionalmente 20 a 30% dos doentes têm micrometástases ocultas na altura do tratamento inicial do tumor primário e 75% das pessoas com cancro, que morrem, têm lesões metastásicas no fígado e estima-se que a falência hepática é a causa directa de 40% de mortes em pessoas com complicações no fígado.

A Carcinomatose (a dessiminação extensiva das células tumorais por gravidade) pode ser também um factor causal da metástase. Apesar das investigações continuarem na busca do factor celular que determina o potencial de metástases, os resultados têm em vista a aplicação clínica em que os tumores indiferenciados parecem ter uma maior

propensão para as metástases do que os tumores diferenciados. Mesmo com tumores histologicamente similares, os indivíduos podem exibir diferentes padrões de doença metastásica. Isto sugere que os factores dos hospedeiros tais como ambiente hormonal e idade são importantes ao determinar como os tumores vão metastisar.

Um tumor metastásico é penetrado por novos vasos sanguíneos da mesma forma que o primeiro tumor e mesmo o segundo implante pode libertar células na circulação levando a implantes terciários. E esta é uma preocupação clínica importante.

Evidências marcantes indicam que o tumor primário pode inibir o crescimento de lesões metastásicas já estabelecidas e em alguns casos inibir a implantação. A força desta implantação está directamente relacionada com a massa do tumor, facto que pode explicar a taxa de crescimento de lesões metastásicas, observadas após a remoção de um tumor primário.

O crescimento da metástase pode aparecer em pessoas muitos antes de um tumor primário. Por exemplo, no cancro da mama a metástase pode aparecer em vertebras trinta anos após o diagnóstico original.

As características essenciais da célula cancerígena que a distingue da célula normal são a sua habilidade para se reproduzir incontrolavelmente, a invasão do tecido normal e a disseminação em locais corporais distantes. Estes factores constituem a essência da célula transformada.

Uma vez que a célula é a unidade básica estrutural e funcional em todos os seres vivos, podemos então concluir que uma desregulação no ciclo celular pode ser o primeiro passo para o aparecimento da doença oncológica.

5. Aplicabilidade da Cronobiologia à Oncologia: a questão dos ritmos em oncologia

Uma desregulação dos ritmos biológicos (como se pôde constatar no capítulo anterior) pode ser o primeiro passo para o aparecimento da doença oncológica.

O ritmo circadiano é um termo utilizado para descrever uma flutuação regular e repetida nas funções biológicas durante um período de 24 horas. O termo utiliza-se com frequência na conjugação com o termo diurno, que se refere a acontecimentos que ocorrem durante o dia. Em muitos dos mecanismos fisiológicos normais que acontecem no corpo humano, existem muitas variáveis que são afectadas, em parte, pelos ritmos circadianos. Estas variáveis circadianas podem afectar a absorção da droga, o metabolismo, a distribuição e a eliminação.

O objectivo deste capítulo, será perceber a função que a cronobiologia desempenha no ciclo celular e no aparecimento, progressão e tratamento da doença oncológica. Pelo facto da recolha de dados ser efectuada numa Unidade de Quimioterapia, estendeu-se o tema da cronobiologia à quimioterapia (inserido na área da cronofarmacoterapia), para verificar a importância fundamental que os ritmos e os ciclos (ditados pela cronobiologia) desempenham na doença e neste tratamento específico.

5.1 O Relógio Biológico e a Organização Temporal do Ser Humano

A cronobiologia interessa-se pelo tempo do vivo . É uma ciência nova que tem por objecto a organização temporal dos seres vivos e o estudo dos mecanismos que a controlam.

O ser humano possui uma anatomia no tempo, complemento da anatomia clássica, situada no espaço, ou seja uma célula não pode fazer tudo ao mesmo tempo, as suas actividades são ritmadas. Porque razão possuímos uma organização temporal, ritmos biológicos? Para que serve então a nossa organização temporal? A anatomia no tempo é uma das condições essenciais da sobrevivência dos indivíduos e das espécies.

A nossa organização temporal permite - nos responder às variações previsíveis do ambiente, já que os nossos sistemas de defesa (organizados no tempo) nos permitem responder aos imprevistos. Também os comportamentos de reprodução e nutrição estão sob o controlo dos relógios biológicos (p. ex. para a maior parte das espécies animais, os nascimentos ocorrem na Primavera, um fenómeno adaptativo temporal que lhes assegura melhores probabilidades de sobrevivência) .

A expressão variável biológica está em vias de substituir a de constante biológica uma vez que nada é constante num organismo e tudo varia segundo ritmos. Para uma pessoa adulta de boa saúde, que está em actividade durante o dia e repousa à noite, o pico do cortisol (hormona vital segregada pelo córtex supra-renal) situa-se de manhã cerca das 8 horas, ao passo que os picos da prolactina (hormona segregada pela

hipófise) e da TSH (outra hormona da hipófise que estimula as secreções da glândula da tiróide) se situam a meio da noite quando o cortisol está no seu nível mais baixo . A nossa organização temporal é de tal forma que os picos de todos os factores que controlam a tensão arterial precedem, na escala das 24 horas, o da tensão propriamente dita (Reinberg, 1998).

São os conhecimentos relativos à organização temporal dos seres vivos, isto é, à distribuição dos picos e dos pontos mais baixos dos ritmos biológicos circadianos, circanuais, etc, que permitem definir a cronobiologia, cujo objectivo é estudar a anatomia no tempo, a natureza dos mecanismos que controlam os ritmos biológicos e as suas alterações.

Não sabemos nada dos genes que controlam os nossos ritmos e, por conseguinte, nada dos cromossomas onde eles estão situados. Sabemos que os gémeos monozigóticos possuem ritmos circadianos muito próximos ao passo que os gémeos dizigóticos possuem ritmos circadianos sensivelmente diferentes. O traço genético de um ritmo não é fixo .

Os relógios nas células dos seres vivos têm por função essencial conservar o tempo interno e fazer o ponto relativamente ao ambiente.

No início do séc. XVIII foi descrito um detalhe das folhas da planta mimosa , que abriam durante o dia e fechavam à noite, mesmo quando a planta estava na escuridão total. Pela primeira vez, um cientista considerou a possibilidade dos ritmos circadianos

surgirem internamente e não dependerem de um sinal exterior, tornando-os endógenos aos organismos vitais. Ritzter e Jonhson (cit. por Langhome, 2000) continuaram os estudos. O primeiro aplicou estes indícios na actividade diurna dos ratos que são mantidos na escuridão constante, enquanto que o segundo estudou os animais mantidos na escuridão e constatou que os ritmos activos destes animais não se manifestam num período normal de 24 horas. Acreditou que o relógio fisiológico interior estava a trabalhar e que não aderiu a qualquer estímulo ambiental.

A genética molecular permite por definição conhecer a estrutura (bioquímica) fina dos genes em termos de ADN. Por outras palavras, o código genético irá permitir que um dado organismo fabrique todas as proteínas de que necessita especificamente. A cada grupo da cadeia de ADN do gene, corresponde um aminoácido, elemento da cadeia de que são constituídas todas as proteínas. Destas proteínas depende a forma, a morfologia do organismo (a sua anatomia no espaço). A biologia molecular permite conhecer a natureza e o número dos aminoácidos modificados, de uma proteína a outra, e também por que ordem ao longo da cadeia, se produziram as substituições.

Factores ambientais como as mudanças de temperatura e pH, bem como o decréscimo dos níveis de nutrientes, levam à diminuição da velocidade de divisão celular.

Baseados nas investigações realizadas com ovos de anfíbios, os investigadores imaginaram a existência de um “relógio central bioquímico” ou oscilador que daria instruções aos núcleos acerca das funções a cumprir para controlar as fases da divisão. Todas as células eucariotas têm um relógio molecular que determina quando devem

dividir-se. Para programar estes sucessos, o relógio do ciclo celular vai valer-se de diversas moléculas proteicas . No controlo e na divisão celular intervêm dois tipos de moléculas: as ciclinas, alternam períodos de síntese com períodos de degradação, e as quinases (CDK) dependentes das ciclinas, que actuam quando são activadas por estas fosforilando moléculas cruciais para a divisão celular.

5.2 Cronofarmacologia

As investigações da cronofarmacologia mostraram que o número de receptores cerebrais varia segundo um ritmo circadiano, com diferenças notáveis entre as formações de neurónios segundo a sua localização anatómica . Como tal, os efeitos dos neurotransmissores das hormonas, dos opióides, dos sedativos, dos tranquilizantes, variam em função da hora a que são postos a actuar na escala das 24 horas. As diferentes partes do cérebro são capazes de reagir de maneira apropriada segundo as diferentes horas do dia e da noite.

Julien Joseph Virey teve a ideia de administrar um tratamento físico ou químico no momento em que é mais activo e teve êxito . Surgiu então o problema de lembrar ao doente que tem de tomar aquele medicamento . Foi então que se inventou “três vezes ao dia, à hora das refeições”. Foram necessários os trabalhos de F. Hallberg, E. Haus, L. Scheving e A. Reinberg, (cit. por Reinberg, 1998) no início dos anos 60 para que a comunidade científica descobrisse a cronofarmacologia . A farmacologia estuda a acção dos medicamentos; o prefixo “crono” especifica que essa acção varia em função da

hora de administração, na escala de vinte e quatro horas (e também em função das estações do ano). Porém existe um fenómeno (crono)farmacológico ainda mais importante que diz respeito à sensibilidade de um tipo de células (sistemas alvo) a uma determinada molécula. Sabe-se igualmente que os receptores celulares possuem ritmos circadianos. É por seu intermédio que muitos medicamentos actuam.

A cronometria será então a procura da hora óptima de administração do medicamento ou, por outras palavras, a hora a que os efeitos desejados estão no ponto mais alto e os efeitos tóxicos no ponto mais baixo .

Conhecem-se no humano cerca de 170 ritmos biológicos circadianos. Objectivamente, perturbar ou inverter os nossos ciclos de actividade e de repouso é ir contra a nossa natureza, ainda que existam excepções.

5.3 A Quimioterapia

"(...) Quando me disseram o que tinha, isto já estava muito avançado. A cirurgia correu bem! Vamos ver como é que vai ser a quimioterapia." (sic)

"(...) A minha filha fez 10 anos e ofereceram-lhe um diário. Nesse dia à noite escreveu: A melhor prenda que podia receber era o cabelo da minha mãe não cair!" (sic)

Hoje em dia, a cronoterapia que utiliza agentes anti-neoplásicos é uma estratégia relativamente nova. O objectivo é permitir, quer a intensificação da dose, quer a redução dos efeitos secundários citotóxicos. Certos estudos revelaram variações dependentes do tempo quer para efeitos secundários tóxicos, quer para a eficácia da droga terapêutica. As variações circadianas são evidentes em vários parâmetros humanos, como a síntese de ADN no tecido da mucosa intestinal, pele, medula óssea, fígado. O número de leucócitos, linfócitos, eritrócitos e plaquetas em circulação não é constante, mas está sujeito a flutuações diurnas. Por outro lado os ritmos circadianos de grande amplitude no epitélio do intestino humano demonstram grande actividade de síntese de ADN, a ocorrer diariamente cerca das sete horas da manhã, estando ou não em jejum.

Os ensaios clínicos procuraram determinar o rácio benefício/ risco e a eficácia da cronoterapia e da quimioterapia versus infusão contínua. A cronoterapia permite ao indivíduo receber uma administração de droga, por escala em períodos de tempo específicos, predeterminados, durante um período de 24 horas. As primeiras

investigações determinaram que os índices terapêuticos destas drogas podem ser afectados pela variação do tempo de aplicação da droga, visto que uma infusão contínua (de taxa fixa de agentes anti-neoplásicos), pode significar um aumento da actividade tumoral com toxicidade reduzida. Um suplemento constante de droga proporciona uma exposição contínua das células do cancro e aumenta a probabilidade de lesão citotóxica. Um outro benefício é evitar um pico de concentração de drogas, que minimizaria a lesão da célula hospedeira. Por exemplo, os investigadores determinaram que a administração de 5-FU (um medicamento citotóxico utilizado em alguns esquemas de quimioterapia) à noite, reduz os efeitos secundários tóxicos ⁴.

O "Gynecologic Oncology Group" conduziu um ensaio sobre o cancro do endométrio utilizando indivíduos com doença avançada ou recorrente, que não tinham recebido quimioterapia. As mulheres foram tratadas com doxorubicina ⁵ e cisplatina (medicamentos citotóxicos utilizados em alguns esquemas de quimioterapia). Registou-se também uma taxa de resposta completa de 20% que é superior à registada anteriormente, usando os dois agentes de forma convencional. As toxicidades eram toleráveis mas não suficientemente reduzidas pela aplicação cronometrada pelo ritmo circadiano.

⁴ Num estudo na fase I, que envolvia 34 doentes com cancro colo-rectal avançado, a administração de droga por um sistema de aplicação circadiano modulado, permitiu uma dose de 7.5g/m² por cinco dias consecutivos com toxicidades relativamente baixas. O 5-FU era administrado com taxa máxima de circulação a ocorrer às 4h da manhã. A dose foi intensificada por 1g/m² por ciclo por cada doente. Em cerca de 10% registaram-se efeitos secundários normalmente antecipados como a estomatite, diarreia, leucopenia e anemia. Registou-se uma remissão parcial em 10 doentes e a doença estabilizou em 15 doentes.

A maior parte dos agentes que se empregam na quimioterapia anticancerosa, baseiam a sua acção na produção de rupturas e/ou alterações ADN das células. Induzem o fenómeno de Apoptose, a morte das células tumorais. Infelizmente uma das causas da falha nos tratamentos quimioterapêuticos é o aparecimento de resistências face à morte apoptótica das células tumorais como consequência da mutação de genes como a P53.

A quimioterapia consiste no uso de fármacos para destruir as células cancerosas. É por enquanto, a peça principal do arsenal terapêutico da oncologia médica. Existem mais de cinquenta medicamentos diferentes para combater a doença e prevenir o crescimento, multiplicação e disseminação de células malignas. Quando estão sãs crescem e dividem-se de forma controlada, no entanto, as células cancerosas caracterizam-se precisamente pelo crescimento descontrolado.

Podemos falar: de quimioterapia adjuvante, que se caracteriza pelo uso de agentes sistémicos para irradiar a doença micrometastásica, a seguir a uma intervenção localizada, como seja a cirurgia, a radioterapia ou ambas (aqui a eficácia não pode ser avaliada através de uma taxa de resposta, mas sim pela taxa de recorrência e sobrevivência); de quimioterapia neoadjuvante utilizada num cenário pré-operatório (o objectivo é tornar outras modalidades de tratamento mais eficazes, por redução da carga tumoral e destruição de micrometástases); e de quimioterapia paliativa cujo intuito é aliviar os sintomas da doença, juntamente com a dor.

⁵ A doxorubicina 60mg/ m², era infusa por 30 minutos às 6 h, enquanto o cisplatino, 60mg/m² era aplicado às 6h cada 28 dias. A taxa de resposta total do estudo em 60% utilizando ambas as drogas, era superior à resposta obtida com qualquer uma das drogas como agentes simples.

Tecnicamente designa-se por quimioterapia citotóxica, os fármacos que actuam sobre os mecanismos da divisão celular, impedindo a replicação das células. Estes fármacos actuam em diferentes níveis (síntese dos ácidos nucleicos, formação de microtúbulos, etc), ocasionando lesões graves na célula, particularmente nas que estão em multiplicação, tal como as do cancro (Costa, 2004). Todavia os citotóxicos não são específicos para as células tumorais e por isso são também lesivos para as células normais do nosso corpo.

“ (...) Agora que me ia sentindo melhor, tenho que fazer o tratamento.” (sic)

Com a finalidade de reduzir a toxicidade sobre os tecidos normais, desenvolveram-se diferentes tipos de administração de quimioterapia: a quimioterapia cíclica que é a forma standart, na qual se administra a quimioterapia por via intravenosa durante um espaço de tempo (minutos a horas) e fazendo um tempo de descanso de umas semanas (3 a 4 regra geral); a quimioterapia em infusão contínua, em que a administração é feita por via intravenosa por um período de mais de 24 horas, de forma contínua; a quimioterapia regional que é administrada fundamentalmente num órgão ou tecido - é um tipo de quimioterapia que costuma ser seguida de suporte hematológico com a infusão de factores de crescimento hematopoiéticos entre outros.

A toxicidade por sua vez, pode ser: imediata, podendo desencadear vômitos, hipotensão, taquicardia, tonturas e febre; aguda, provocando por vezes descamação cutânea, alteração do crescimento das unhas, queda de cabelo, aftas orais, diarreia, leucopenia (redução do número de leucócitos), trombopenia (redução do

número de plaquetas) e anemia (redução da quantidade de hemoglobina); e crónica que normalmente se manifesta a longo prazo e pode incluir, carditoxicidade, toxicidade neurológica e toxicidade pulmonar.

“(...) Na 2ª semana a seguir ao tratamento caiu-me o cabelo todo (...)” (sic)

O tratamento, a sua duração, as doses, os fármacos, dependem de factores tão diversos como o tipo de cancro, a sua localização e o estado geral do doente. Cada fármaco funciona com mecanismos diferentes, de modo que, uns são capazes de chegar directamente às células malignas, provocando danos no ADN, enquanto que outros desencadeiam uma reacção do sistema imunitário para que este seja capaz de reconhecê-las como elementos estranhos e ordene a sua execução.

A quimioterapia mata as células tumorais, uma percentagem das células que constituem o tumor. As doses são calculadas para a superfície corporal do doente (esta é calculada a partir do peso e da altura) e estão relativamente bem estudadas para poderem ser administradas com alguma segurança. É certo que existe sempre uma toxicidade (porque a quimioterapia não é específica para as células do tumor) que pode variar de intensidade de doente para doente, apesar da dose ser ajustada à superfície corporal.

Como existe sempre alguma toxicidade com a quimioterapia, os doentes devem ser clinicamente reavaliados após o primeiro ciclo e laboratorialmente (verificação dos valores hematológicos) em todos os ciclos, para além da avaliação sobre a eficácia dos tratamentos (nos casos de tumores visíveis em exames).

“(...) Isto não está a correr nada bem! Não tenho força, tenho muitas dores...” (sic)

Na maioria dos esquemas de quimioterapia, os ciclos são repetidos cada três/ quatro semanas. Este intervalo de tempo é exigido para que o organismo recupere da toxicidade. Os ciclos em si podem levar 15 minutos, 1 hora, várias horas, ou vários dias, dependendo do esquema de citotóxicos que é mais eficaz para determinada situação. Os intervalos dos ciclos devem ser respeitados para que a quimioterapia seja mais eficaz. Na quimioterapia adjuvante (com o intuito curativo), deve haver rigor na dose e nos intervalos de tempo entre a quimioterapia, caso contrário podemos estar a eliminar menos células tumorais, do que as que devíamos, e suscitar o desenvolvimento de resistências à quimioterapia.

“(...) Já fiz 53 ciclos. Sei o que isto é.” (sic)

Num estudo realizado por investigadores dos EUA, que avaliou 2005 mulheres afectadas por cancro da mama com gânglios axilares positivos, concluiu-se que reduzindo o intervalo de tempo entre os ciclos de quimioterapia adjuvante reduzia-se a mortalidade em 31% das mulheres com essa patologia ⁶.

⁶ A estas mulheres foi-lhes administrado um medicamento-Taxol- acompanhado da quimioterapia adjuvante convencional, composta por doxorubicina e ciclofosfamida, administrada ao mesmo tempo ou de forma sequencial. As participantes foram divididas em dois grupos. No primeiro administrou-se ao mesmo tempo Taxol, doxorubicina e ciclofosfamida, e ao segundo os mesmos fármacos mas de forma sequencial. Por sua vez os grupos foram divididos em outros dois. Um recebeu ciclos de quimioterapia em cada três semanas, o período de tempo convencional em que se administra este tratamento, enquanto que ao outro se administrou a medicação com um intervalo de duas semanas entre os ciclos de quimioterapia.

A redução dos intervalos de tempo entre os ciclos de quimioterapia permite aumentar o número de exposições ao tratamento, o que pode atrasar o crescimento dos tumores entre os ciclos e limitar a proliferação de células tumorais que são resistentes aos fármacos, assim como reduzir o tempo total de duração do processo.

A quimioterapia é um tratamento muito duro para os pacientes, tanto física como psicologicamente. O facto de se poder acabar o tratamento adjuvante mais rapidamente com a esperança de obter uma maior sobrevivência a longo prazo, supõe um grande estímulo para os doentes oncológicos. Por outro lado os índices de toxicidade foram semelhantes em ambos os grupos, demonstrando-se assim que, diminuir o intervalo de tempo entre os ciclos de quimioterapia não estava associado ao aumento significativo dos efeitos adversos do tratamento.

“(...) Sujeitamo-nos a tudo... queremos curar-nos...” (sic)

Os benefícios que justificam a quimioterapia, são essencialmente o aumento da sobrevivência em geral, o aumento da sobrevivência sem doença (na terapêutica adjuvante), a melhoria da qualidade de vida (na doença metastásica) e a primazia dos resultados no doente sobre a doença.

Pode-se então concluir, que, para compreender o uso da quimioterapia é fundamental entender o funcionamento celular, uma vez que é administrada mediante ciclos que alternam fármacos com períodos de descanso permitindo ao organismo voltar a fabricar células sãs e recuperar o efeito da medicação. Os ciclos são fundamentais para

o correcto funcionamento da quimioterapia e como tal é imprescindível respeitar os horários e o ritmo, seguindo as indicações do médico.

Os ensaios clínicos na área da cronoterapia, deveriam investigar a eficácia, toxicidade e limites da dose. O papel da terapêutica no tratamento do cancro, poderia permitir fixar a dose máxima para o efeito anti-tumoral enquanto se limitavam as toxicidades ofensivas.

6. Perturbações Psíquicas e Emocionais em Oncologia: a Ansiedade e a Depressão

"(...) Talvez haja quem nasça para ser triste e quem veja o acaso empalidecer-lhe a alegria (...)"

Júlio Machado Vaz

"Não é o primeiro doente, com a família disfuncional ou mais fragilizado por qualquer outra razão que o médico não procura conhecer, que cai em depressão e/ou se suicida pouco tempo após a consulta ou a operação; parece que alguns médicos se esqueceram de se "pôr no lugar do doente"... e ignoram que no imaginário de muitos portugueses o diagnóstico de cancro é sinónimo de sentença de morte horrorosa (...) com custos nas fases avançadas, insuportáveis por muitos familiares. É prescrição imprescindível que o médico (e a equipa de saúde) seja capaz de dar dignidade à relação no seu mais pleno sentido. Mas também é prescrição que seja capaz de construir sempre com o doente, resposta para os problemas e dilemas que se levantam e, com os familiares, amigos e companheiros significativos, construa novos objectos e objectivos alcançáveis."

Manuel Silvério Marques, 2002 pp.155

Qualquer profissional que trabalhe na área da oncologia tem que confrontar-se com a tendência comum do doente oncológico, em experimentar sentimentos de depressão e ansiedade como parte integrante da resposta esperada a uma situação de doença grave.

Uma revisão dos estudos realizados sobre as perturbações psíquicas/ emocionais na área da oncologia mostra que quase 50% dos doentes oncológicos desenvolvem alguma perturbação, nomeadamente depressão. Embora mostrando uma variação grande nas taxas de diferenças entre si e na metodologia utilizada, todos os estudos detectam uma prevalência de depressão acima da esperada para a população geral. As causas apontadas para o aumento da prevalência são: a angústia (gerada pelo diagnóstico oncológico), o sofrimento (imposto pelo tratamento) e a dor física. No entanto permanecem as dúvidas sobre a influência da associação entre a gravidade e o tipo de doença oncológica, no aumento da prevalência de perturbações psíquicas e emocionais.

6.1 Ansiedade

Num dos primeiros trabalhos de Freud (*Obsessões e Fobias*, 1895), o autor descrevia a ansiedade, como “um produto directo da libido sexual insuficientemente descarregada”. Esta interpretação fisiológica foi rectificada em 1926 (*Inibição, Sintoma e Angústia*) ao

considerar a ansiedade como “um sinal de alarme que surge perante um perigo pulsional, inaceitável (agressivo ou sexual) para o próprio, que deve ser reprimido.”

A classificação dos estados ansiosos pode fazer-se em função de diversos pontos de vista. É aconselhado, no entanto, que se coloquem em evidência critérios diferenciais, fenomenológicos, conceptuais e genéticos.

A ansiedade pode manifestar-se como um sentimento ⁷, uma perturbação do humor, ou ainda como um afecto.

Quando falamos de sentimentos ansiosos admitimos portanto, tratar-se de estados psíquicos autónomos que sobrevêm a seguir a uma excitação interna ou externa. São desagradáveis e assumem o carácter de uma ameaça. Surgem perante a eminência de um perigo real ou presumível que afectará a vida, a integração da personalidade ou a posição social.

⁷ Os sentimentos são estados e não podem dissociar-se das experiências que o indivíduo vive num determinado momento, mas que pode ocorrer mesmo com a ausência de um estímulo externo. Os sentimentos são também autónomos, reacções psíquicas a estímulos internos e externos.

A ansiedade é sempre uma experiência somática e psíquica. A componente física não representa nem a causa directa, nem a consequência, mas sim um fenómeno concomitante. Em qualquer circunstância a ansiedade não é simplesmente uma questão de sentimentos psíquicos, ela atinge a pessoa na sua totalidade.

Desde um ponto de vista concreto, os factores precipitantes ou desencadeantes que podem associar-se à ansiedade são múltiplos, especialmente traumas ou conflitos emocionais intensos ou repetidos, situações físicas que representam uma sobrecarga de tensão, conflitos laborais, situações de abandono ou trauma, problemas sexuais, doenças orgânicas, crónicas, etc. Mas nem todos os doentes ansiosos referem estes ou outros acontecimentos, e nem todos os sujeitos que se deparam com estas vicissitudes vitais desenvolvem a perturbação. Há que aceitar que a incidência de um evento, tem repercussões em função da personalidade e da vulnerabilidade biológica do sujeito, além de outros parâmetros, como o suporte social.

As manifestações psíquicas de ansiedade podem caracterizar um sujeito que se encontra nervoso, inquieto, com um sentimento penoso de mal estar, que anuncia a fragilidade de um eu que se sente ameaçado. Tudo o preocupa e como tal, esta situação vai afectar o seu rendimento. Vive um estado de constante tensão diurna que de noite se manifesta por dificuldade em adormecer e pesadelos- expressão do seu mundo conflitual. No entanto, por oposição ao depressivo que chora por desesperança e tristeza, o choro do ansioso é de impotência e sobrecarga de tensão, o que faz com que se sinta mais tranquilo e relaxado depois da eclosão emotiva, o que não ocorre com o depressivo.

No plano somático podemos caracterizar o sujeito ansioso através de sintomas como: palpitações, taquicardia, astenia, algias difusas, cefaleias, parastésias, tremores, sudorese, hipertensão ou hipotensão, anorexia ou bulimia, distúrbios, etc. E também através de sintomas como: fadiga fácil, dificuldades de concentração ou esquecimentos devido à ansiedade, dificuldade em controlar a preocupação, irritabilidade, tensão muscular e perturbações no sono.

No contexto da oncologia, o agente stressor é a própria doença neoplásica, ou seja, o estado físico geral em que a pessoa se encontra. Assim sendo, e de acordo com os critérios de classificação do DSM-IV, a ansiedade de que falamos classifica-se como *Perturbação de Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral*. A característica essencial deste tipo de perturbação, é a ansiedade clinicamente significativa que é avaliada como sendo um efeito fisiológico directo de um estado físico geral. Os sintomas incluem os já referidos e devem causar mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional, ou noutra área importante, de modo a que se possa classificar como *Perturbação de Ansiedade Secundária devido a um Estado Físico Geral*.

6.2 Depressão

“Dos deprimidos diz-se sofrerem de um desencanto embrutecido, uma tristeza “vulgarizada”... não acreditam na hipótese de viver melhor mas apenas de sobreviver...”

Júlio Machado Vaz

De acordo com os critérios de classificação do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), a Depressão é uma Perturbação do Humor.

É a Hipócrates que se devem as primeiras referências conceptuais e clínicas da melancolia. Em *Corpus Hippocraticum* é reconhecido um *tipus melancholicus* com tendência a padecer desta perturbação. No entanto foi Aristóteles o primeiro a dedicar um estudo monográfico a este tema.

A depressão desempenha, na prática, um papel importante como pano de fundo dos problemas postos pelos sintomas somáticos. Nenhuma parte do corpo está protegida das manifestações potenciais da depressão. Os estados que daí resultam foram designados de diversas formas por diferentes autores: equivalentes depressivos, depressão latente, oculta ou mascarada, *depressio sine depressione*, doenças de substituição.

Hoje, parece haver um consenso relativamente ao conceito nuclear de depressão. Engloba uma tristeza vital e profunda que envolve o sujeito nas suas esferas intra e inter-relacionais.

A partir desta definição mais ou menos consensual, podem-se descrever vários tipos de depressão, no entanto, aquilo que se afigura mais oportuno prende-se com os aspectos clínicos comuns a toda a depressão.

A clínica da depressão pode ser condensada em cinco grandes áreas: afectividade, pensamento - cognição, conduta, ritmos biológicos e perturbações somáticas.

Sendo a tristeza o estado afectivo nuclear, podem também emergir outros estados emocionais, tais como a ansiedade, a irritabilidade ou inclusivamente a hostilidade, mas sempre secundários a este estado de ânimo fundamental. Não há dúvida nenhuma que a situação afectiva varia consoante o tipo de depressão. Um exemplo disso é a ansiedade, que adquire maior expressão nas depressões neuróticas, enquanto noutros estados depressivos aparece em segundo plano. A depressão também pode ocorrer numa situação clínica onde a tristeza apareça muito atenuada, ou ausente. É a chamada depressão sem depressão.

De acordo com a teoria de Coimbra de Matos, tudo teria início no investimento parental, que não existindo à partida, levaria ao não desenvolvimento da mente do bebé. Por sua vez, ao não existir amor (o referido investimento), também não haveria possibilidade de se perder - não se desenvolve a depressão. Aquilo que faltaria a estes pacientes, seria

uma relação continente, um funcionamento materno capaz de responder às angústias e aos afectos do bebé, dando-lhe significado.

Coimbra de Matos (2003), introduz o conceito de depressividade, que como ele próprio diz, é um traço de personalidade constituído por uma depressão latente. É portanto uma perturbação estável, egossintónica e permanente. Esta depressão está na base de alguns quadros de toxicoddependência e de doença psicossomática. A sua origem relaciona-se com perdas afectivas cumulativas na primeira infância e limitação/proibição excessiva do comportamento espontâneo e reactivo; ou seja, carência afectiva e repressões precoces.

O não encontro/ relação com o prestador de cuidados/ parceiro cúmplice, entusiasta - entusiasmado e sonhador talvez seja o factor essencial, na etiologia do *perdido de si*; daquele que não forma sentimentos (no sentido de afectos diacríticos - discriminados e conscientes) (Coimbra de Matos, 2003). Esta economia de afecto conduz ao agravamento do traço depressivo, ainda que assintomático. Acentua-se o carácter depressivo egossintónico, a depressividade e a existência banal, por falta de distinção dos afectos.

Segundo Coimbra de Matos (2003), esta depressão seria mais uma pré-depressão, uma vez que nem todos notam a depressão. Seria o resultado da depressão, se tivesse sido desenvolvida, o lastro biológico, a reacção de desistência – que começa pela desistência da vida relacional afectiva e que se propaga até aos órgãos atingindo o organismo como um todo. Será a não erotização, desvitalização e desordem do soma

por haver pouca energia mental. O organismo começa a desorganizar-se: primeiro através de alterações funcionais e depois através de alterações orgânicas.

Falta-lhe o molho da paixão, o vapor do enamoramento, o perfume do devaneio, o luar da nostalgia, os relâmpagos do desejo, o trovão da esperança, o maremoto do grande abraço do envolvimento. (Coimbra de Matos, 2003).

A carência de afecto não consciencializada e elaborada psicicamente, repercute-se no organismo biológico, com hipotonia geral e perturbações da regulação neurovegetativa, endócrina e imunitária (Coimbra de Matos, 2003).

Segundo o autor, essa depressão, a que chama depressão falhada, vai ficar no corpo sem o sujeito saber, consumindo-o num processo de não erotização, desvitalização e desordem, até o levar à doença. Pelos comportamentos de hiperadaptação e pela modelagem ao Outro, a raiva proveniente das frustrações nas relações frustrantes, não é reconhecida nem exprimida, sendo que terá de ser introjectada, afectando o próprio corpo e provocando um desequilíbrio homeostático sem o sujeito saber.

Há como que uma supressão das respostas emocionais negativas, (“muitos não conhecem a tristeza nem a lágrima derramada”) particularmente a raiva. O sujeito tem consciência das suas emoções mas suprime-as. Ao suprimir a conduta emocional, origina-se uma activação fisiológica (activação esperada após uma ameaça percebida). Os indivíduos com tendência a suprimir as respostas emocionais negativas, vão “sofrer” de um aumento da actividade fisiológica, como já foi referido. Para alguns autores, esta

activação aumentada vai originar uma diminuição das funções de defesa do sistema imunitário.

Alguns autores como Klein (cit. po Vallejo, 1998), enfatizaram o fenómeno da anedonia (incapacidade para experimentar prazer) como um fracasso dos mecanismos para experimentar prazer (alimentar, sexual, ocupacional e relacional), relacionado com uma organização funcional dos "centros cerebrais de prazer". Como consequência deste estado de ânimo, o sujeito adquire uma atitude pessimista e perde o interesse pela sua família, pelo seu trabalho e pelo seu projecto existencial que se sente incapaz de alcançar. A expressão deste estado emocional é o choro. Acontece por vezes, o sujeito sentir-se incapaz de chorar, mesmo sentindo-se profundamente triste, prevalecendo deste modo, uma certa anestesia afectiva.

Como consequência desta situação, o rendimento do sujeito vai diminuindo progressivamente, até chegar à apatia total em que é incapaz de realizar qualquer actividade. Por outro lado, a atenção e concentração também se encontram diminuídas, uma vez que falta ao sujeito a energia suficiente para executar certas tarefas específicas. A lentidão e os conteúdos de tonalidade negativa marcam o tipo de pensamento destes doentes. As vivências de desânimo e incapacidade ocupam os seus pensamentos. Apresentam frequentemente dificuldades em dormir e pesadelos constantes. Há uma tendência à auto-punição e a agressividade dirigida ao próprio provoca-lhes penosos sentimentos de culpabilidade e desesperança, que os pode levar ao suicídio.

Importa também distinguir depressão- reacção ou reacção depressiva e depressão- doença ou doença depressiva. Segundo Coimbra de Matos (2003), na primeira há apenas uma retirada da relação com o objecto afectivamente abandonante ou não responsivo ou uma resignação/ desistência perante o insucesso. É uma aceitação do fracasso, uma negação da perda (em situações mais elaboradas). Há uma adaptação ao meio tal como ele é ou se revela; é uma resposta passiva, um coping passivo. Não há sentimento da perda e elaboração deste sentimento. Não há doença depressiva – com introjecção do objecto perdido, culpa e diminuição da auto-estima, elaboração da perda, esperança residual e tentativa de recuperação do perdido ou novo ensaio na mira do sucesso, ansiedade perante a dúvida da conquista, ressentimento e revolta. Falha a depressão clínica, mental, na qual há uma resposta minimamente activa e transformadora, uma tentativa de cura, de resolução do problema, menos ou mais conseguida consoante predomine o sistema fechado (self- introjecto maligno) ou aberto (self- realidade/ mundo objectal) – depressão doença. Falha o processo de elaboração psíquica; é a depressão falhada.

A depressão falhada seria uma depressão não organizada mentalmente. Traduzia a chamada “depressão biológica”, da qual se destaca a depressão imunitária. Na depressão falhada há uma diminuição da reactividade dos sistemas biológicos de adaptação e um abatimento da auto-regulação homeostática e da capacidade auto-reparadora do organismo. A depressão falhada provoca uma diminuição da capacidade de mentalização e da expressão de zanga; leva ao sonho falhado (o desejo abortado devido a um sofrimento de alexia dos sinais do corpo, que provoca desregulação e adoecer; a adaptação) e à raiva amordaçada (originada por acumulação de tensões

sem descargas, a partir da frustração não vivida psicologicamente, vai produzir uma irritabilidade no funcionamento orgânico).

A fantasia permite ao indivíduo criar um espaço que o possibilite abordar os problemas a partir de uma nova perspectiva, encontrar soluções que com base no pensamento lógico seriam impossíveis de encontrar. No “sonho falhado”, ao não se elaborar a dor mental, também não se elaboram alternativas.

Ao introduzir os conceitos de “depressão falhada”, “sonho falhado” e “raiva amordaçada”, Coimbra de Matos tenta estabelecer como ele próprio diz, a “trilogia psicopatológica da doença psicossomática”.

6.3 Ansiedade e Depressão em Doentes Oncológicos

"(...) O meu pai morreu com cancro, a minha mãe morreu com cancro, o meu irmão morreu com cancro e eu vou morrer com cancro (...)." (sic)

Tanto a terapêutica como a profilaxia do cancro começam muito antes do indivíduo, no seio de uma sociedade, de um grupo, de uma família. Começam no encontro entre uma convivência genuína.

Segundo Miranda Justo (2002) os factores psicológicos que propiciam o aparecimento das doenças oncológicas são: a depressão psicológica, a dificuldade de relacionamento interpessoal, a personalidade dependente e subestimada face a um objecto ideal e a impossibilidade de exprimir a impulsividade agressiva.

O diagnóstico de depressão em doentes oncológicos pode ser difícil devido aos problemas subjacentes à própria doença, pela impossibilidade de distinguir entre os sintomas biológicos ou físicos da depressão, os sintomas da própria doenças neoplásica e os efeitos secundários do tratamento. A forma mais comum da sintomatologia depressiva em pessoas com cancro, é uma perturbação da adaptação, onde o humor da pessoa se encontra deprimido- a chamada depressão reactiva.

A associação de estados afectivos, particularmente a depressão, com o aparecimento de cancro tem sido uma área activa de investigação. Greer y col. (cit. por Bóscan e Barrios, 2002) verificaram que pacientes com cancro de mama que demonstravam um

espírito de luta ou que negavam a doença, apresentavam uma maior sobrevivência que aquelas que tinham uma aceitação estóica ou que expressavam depressão e desesperança.

Alguns trabalhos também demonstraram que a depressão em alguns casos é o sintoma precedente do cancro pancreático, aparecendo muito antes dos sintomas de tumor.

A depressão não é um fenómeno unitário: existe como um contínuo de respostas emocionais que engloba desde pequenas alterações de humor, até depressão maior, com sentimentos de desespero e ideação suicida frequente. Pode ser acompanhada por perturbações somáticas, como alterações do sono e do apetite e perda de energia.

O humor depressivo é uma resposta apropriada a certos acontecimentos que envolvem perdas, nomeadamente a perda de alguém significativamente importante.

Mas os indivíduos também podem reagir desta forma quando perdem a sua saúde, quando perdem por exemplo uma parte do corpo, (mama por ex.) ou quando perdem uma função (andar sem ter dores, por ex.). O humor depressivo é sobretudo um processo adaptativo, motivado pela separação ou perda de uma referência emocionalmente significativa.

O diagnóstico de cancro causa angústia no doente e a capacidade de elaborar o adoecer depende do seu nível de ajustamento emocional, da fase da vida em que se encontra, da presença de amigos que apoiem emocionalmente e da doença em si (se

os sintomas são incapacitantes, se há presença de dor, a localização do tumor, o tratamento requerido e o prognóstico).

Hardman e Maguire (cit. por Citero e col., 2004) avaliaram 126 doentes internados e usando o CID-9, perceberam que 29% tinham perturbação psíquica. Não encontraram associação entre a gravidade da doença oncológica e a perturbação psíquica, mas encontraram ligação entre o quadro psíquico desenvolvido e o tipo de cancro e de tratamento a que o doente foi submetido.

Pettingale (cit. por Citero e col., 2004) usando variáveis clínicas como o tipo histológico, extensão da doença e o tratamento, mostrou não haver associação positiva dessas variáveis com a depressão no cancro da mama mas sim em relação aos linfomas de Hodgkin e não Hodgkin.

Derogatis (cit. por Citero e col., 2004) aponta que os doentes oncológicos se distribuem do ponto de vista psicopatológico da seguinte forma : 53% estão dentro dos critérios de normalidade e stress (não preenchem os critérios de diagnóstico segundo a classificação do DSM - III) e 43% têm quadros psicopatológicos.

Segundo Coenson (cit. por Citero e col., 2004), a alta prevalência de perturbações emocionais em doentes oncológicos é esperada, uma vez que são doentes que convivem com a dor, a deformação, a perda da função sexual, a dependência, o isolamento, a separação e a morte, além de terem que suportar os efeitos colaterais da quimioterapia e as frequentes idas ao hospital.

Carrol e Kathol, (cit. por Citero e col., 2004) usando a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, avaliaram 930 doentes com cancro e encontraram 47.6% com perturbação psíquica, sendo 23.1% ansiedade, 17.7% depressão e 9.9% outros. Também descrevem que os doentes internados ficam mais pacientes com diagnóstico recente que nas recidivas.

Para Bukberg, (cit. por Citero e col., 2004) entre os sintomas somáticos de depressão, o único que pode expressar o quadro de depressão no paciente oncológico é a insónia, por ser o único que não se justifica pelo cancro. A perda de peso, a fadiga, as dificuldades motoras e a anorexia misturam-se com os sintomas da própria doença e do tratamento.

A maioria dos estudos de psicologia em doentes oncológicos discute a prevalência da depressão que é a perturbação mais frequente em doentes oncológicos. Num artigo de Massie e Holland (cit. por Citero e col., 2004), assinala-se que a prevalência de depressão na população é de 6%, o que significa que pelo menos 6% dos doentes com cancro deveriam indicá-la, no entanto diversos estudos investigaram esse facto e mostraram uma variação na prevalência de depressão de 9% a 58% em doentes oncológicos. São estudos que apresentam metodologias distintas, com doentes com diferentes tipos de cancro e com graus distintos de gravidade. Os estudos com maiores taxas são aqueles que definem a depressão por uma lista de sintomas sem usar critério específico.

Num artigo mais recente de Massie e Popkins (referência desconhecida) assinala-se que esses dados não são confiáveis pelo facto dos índices mais altos terem sido alcançados em estudos sem escalas padronizadas de diagnóstico, sem se distinguir a localização do tumor e a presença de dor.

Lehofer e colaboradores (2000) concluíram que o nervosismo está intimamente ligado à actividade do sistema nervoso autónomo e constitui uma importante variável para a sensibilidade à dor. Inegavelmente a componente emocional tem um papel muito importante na percepção da dor. Existem situações emocionalmente importantes, que estimulando as emoções, agravam a dor, tais como, o desconforto, a insónia, o cansaço, a ansiedade, o medo, a tristeza, a raiva, a depressão, o aborrecimento, o isolamento e o abandono social.

Depressão e dor crónica são estados cuja comorbidade tem sido estudada. Horgas (2001) mostrou que a correlação dor - depressão se dá nos dois sentidos. Os pacientes cujo quadro doloroso não foi valorizado pelos prestadores de cuidados mostraram maior incidência de depressão. Isto pode sugerir que o interesse na percepção da dor, influencia a qualidade afectiva.

Os estudos sobre a prevalência da depressão nos doentes oncológicos apresentam resultados variados, dependendo da população estudada. Os elevados níveis de depressão (45%, excluindo critérios somáticos), que têm sido documentados,

referem-se a indivíduos com estadios mais avançados da doença e a indivíduos hospitalizados (25% apresentavam níveis de depressão).

Os sintomas depressivos estão também relacionados com o tempo de sobrevivência após o diagnóstico de cancro. Num estudo recente, avaliações psiquiátricas de rotina em 100 doentes adultos com transplante de medula, demonstraram que o humor depressivo estava associado com pouco tempo de sobrevivência. Outra investigação também demonstrou que mulheres com cancro da mama metastisado que participaram num grupo de suporte mostraram menores níveis perturbação emocional, incluindo depressão, e viveram duas vezes mais que as mulheres que não beneficiaram de suporte.

Um estudo recente comparou dois grupos: um grupo de pessoas com sintomas depressivos e um grupo cujo diagnóstico era perturbação depressiva. Os dois grupos foram examinados e foi detectada a presença ou ausência de perturbações médicas. Os investigadores encontraram uma morbilidade significativa associada com sintomas depressivos. Os sujeitos com diagnóstico de depressão e perturbação médica apresentavam um funcionamento muito pobre. No entanto, os que tinham sintomas depressivos sem perturbação depressiva tinham um funcionamento mais pobre que os indivíduos que apresentavam só perturbação médica.

O que hoje se sabe, é que indivíduos com sintomas depressivos passam mais tempo na cama que os indivíduos com hipertensão, diabetes, etc. Estes sintomas depressivos, mesmo em níveis baixos são de ter em conta, uma vez que condicionam a capacidade

da pessoa para desenvolver as suas actividades habituais por consideráveis períodos de tempo.

As últimas décadas de pesquisa sugerem que as perturbações de humor têm múltiplas etiologias que englobam a interacção entre factores biológicos e psicossociais. Os factores genéticos, por exemplo, fazem com que algumas pessoas sejam mais susceptíveis a desenvolver depressão.

Uma minoria de doentes, cerca de 10 a 20%, desenvolvem perturbações psíquicas que requerem avaliação e manejo específico. É importante reconhecer as perturbações psíquicas, porque se não forem tratadas, adicionam-se ao sofrimento do doente perturbando as suas habilidades para lidar com a doença.

Os indicadores da severidade da depressão incluem sentimentos de punição, perda de interesse nas pessoas e ideação suicida. Estes sintomas distinguem-se pela sua intensidade, prevalência, persistência e grau de interferência no funcionamento normal.

Compreendemos agora que o doente oncológico não começa nem termina no tumor visível ou histologicamente comprovável. O cancro, ao fazer parte da vida, não só transcende os limites do tumor, mas também os limites do que consideramos ser o indivíduo humano. Estende-se na sociedade como se de uma epidemia se tratasse, epidemia cujas vias de contágio não são aquelas que descobrimos para as doenças ligadas às viroses, mas sim aquelas que constituem uma herança biológica, uma predisposição, constituem uma herança cultural estruturada, como um conjunto de

normas sociais, que como registo de uma convivência passada, são modos persistentes da vida (Chiozza, 2003).

A revisão dos referidos estudos, torna-se importante pela sua continuidade lógica com o estudo que se pretendeu realizar.

7. Metodologia de Investigação

O principal objectivo deste estudo é determinar a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão num grupo de doentes oncológicos que fazem quimioterapia no H.J.J.F- Hospital José Joaquim Fernandes, S.A.

A escolha desta população está relacionada com o facto de a maior parte do tratamento oncológico se realizar em ambulatório, facto que permite o acesso a um maior número de pessoas.

Foi seleccionado um período de dois meses (16 de Agosto a 15 de Outubro de 2004) para efectuar a recolha de dados.

Para o efeito foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, uma vez que é considerado um questionário bem concebido para aceder à severidade dos sintomas de Ansiedade e Depressão, quer nos cuidados somáticos quer nos psíquicos de doentes oncológicos.

Um outro objectivo do estudo, e que de certa forma lhe é subjacente, é a detecção de grupos de risco. Como tal, foi construído um guião de entrevista, que permitisse aceder a alguns dados clínicos e sociodemográficos referentes a cada doente.

As sociedades estão cada vez mais vigilantes relativamente ao risco, e os riscos para a saúde parecem estar presentes em todo o lado. Uma aproximação ao risco como perigo para a saúde, centra-se na conceptualização do mesmo como consequência dos estilos de vida. Desta forma o risco seria interno e o seu controlo dependeria das habilidades do sujeito para manusear o self. As pesquisas sobre percepção de risco tendem a apresentar os sujeitos como desprovidos de capacidades para responderem. Sabe-se por exemplo que o conceito de “alto risco” gera medo e ansiedade no sujeito.

A conceptualização epidemiológica do risco descreve as relações como sendo objectivas, despersonalizadas, quantitativas e cientificamente mensuradas e reduz a causalidade da doença a um simples factor ou a uma combinação de factores discretos cujos efeitos podem ser enunciados numa relação causa-efeito similar ao modelo biomédico (Gifford, cit. por Mendes, 2002).

O risco advém de factores genéticos e biológicos e de factores sociais e ambientais. Como tal, quando neste estudo se usa a palavra risco, não se pretende seguir a concepção de risco usada no modelo biomédico (com a terminologia atrás adoptada, de causalidade unidireccional na aparição da doença), mas sim descrever relações multicausais enquadradas no modelo biopsicossocial.

7.1 Desenho de Investigação

Trata-se de um estudo observacional- descritivo transversal, uma vez que foca um único grupo que é representativo da população estudada e os dados são recolhidos num só momento.

Utilizou-se o método epidemiológico. Este método permite identificar a distribuição das doenças e os factores que lhe estão associados. Fornece indicadores tais como prevalência, incidência e risco relativo em relação ao aparecimento de uma patologia.

Trata-se de um estudo correlacional, um método epidemiológico em que se inspecciona se a ocorrência de determinada perturbação (depressão e ansiedade, neste caso), se relaciona com aspectos que se suspeita serem factores de risco para essa perturbação. A ocorrência de uma correlação forte entre o presumível factor de risco e a doença, sugere possível associação entre ambos.

7.2 Participantes

Da população fizeram parte os doentes oncológicos que aceitaram participar no estudo e que se encontravam a fazer quimioterapia no H.J.J. F. - S. A. no período de 16 de Agosto a 15 de Outubro de 2004.

7.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos: os sujeitos que fizeram parte do estudo-piloto (pré-teste), os que apresentavam um mau estado geral, ou algum tipo perturbação cognitiva que os impedisse de perceber as questões formuladas, os doentes com perturbações auditivas e os que tinham perturbação psiquiátrica.

7.4 Procedimento

Aos sujeitos que aceitaram participar no estudo foi-lhes feita a entrevista atrás mencionada, previamente testada em oito sujeitos. O objectivo deste pré-teste realizado em pessoas com as mesmas características das que faziam parte do estudo, foi aceder a algumas dificuldades que pudessem surgir, relativamente a algumas questões.

Posteriormente responderam verbalmente à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão que foi aplicada sob a forma de entrevista, uma vez que a maior parte dos sujeitos era iletrada.

7.5 Recursos Necessários

Os recursos necessários para a realização da investigação foram as instalações da Unidade de Quimioterapia do H.J.J.F- S.A., nomeadamente a sala de tratamentos (local onde foi efectuada a recolha de dados), e alguns recursos humanos (enfermeiras da unidade e oncologista) para eventuais esclarecimentos acerca do diagnóstico de cada doente, e do tipo e esquema de quimioterapia a que cada um estava a ser submetido.

7.6 Considerações Éticas

Os sujeitos foram verbalmente convidados a participar no estudo. Foi-lhes explicada a natureza do mesmo e garantida a confidencialidade dos dados. Após a explicação dos objectivos, foi assegurado ao paciente o direito de não participação, sem que isso alterasse o seu tratamento na instituição.

7.7 Instrumentos

A avaliação psíquica de doentes hospitalizados costuma ser difícil, já que os sintomas somáticos característicos de ansiedade e depressão presentes nestes doentes pode ser justificada pela sua perturbação física. De acordo com Ciaramella (s.d.), os doentes oncológicos apresentam níveis elevados de depressão, mas apesar desse quadro ser um dos mais frequentes nestes doentes, não é muitas vezes reconhecido pelos

profissionais. Talvez essa falha seja devida aos sintomas depressivos se assemelharem muito aos sintomas debilitantes da própria doença neoplásica.

Sintomas como a fadiga, a insónia, taquicardia, falta de ar, anorexia, diminuição da libido, podem ser recorrentes, tanto na patologia orgânica, quanto na patologia mental.

Os referidos sintomas encontram-se presentes na maior parte das escalas de ansiedade e depressão. Em pesquisas epidemiológicas, tal facto pode superestimar a frequência das perturbações afectivas, à custa de doentes, que sem se encontrarem perturbados mentalmente, apresentam estes sintomas, por serem ocasionados pela patologia orgânica.

Por outro lado, nos hospitais torna-se difícil diferenciar casos psiquiátricos, quando se combinam, além do sofrimento psíquico, doenças orgânicas e problemas sociais.

O uso de instrumentos simples de avaliação da ansiedade e depressão e o controle de algumas variáveis facilitará a detecção de grupos de risco, os quais poderão beneficiar de tratamento psicológico específico.

Para aceder a algumas dessas variáveis foi construído um guião de entrevista. As variáveis foram seleccionadas com base na revisão da literatura efectuada, nomeadamente na Entrevista Clínica Estruturada (CIS-R), por se tratar de uma entrevista bastante abrangente e adequada à população em questão. Discrimina itens como: sintomas somáticos, fadiga, concentração e esquecimento, problemas de sono,

irritabilidade, preocupações com a saúde física, depressão, ideias depressivas, preocupação, ansiedade, fobias, pânico, compulsões e obsessões. De entre estes catorze itens, houve alguns a que foi dada menor relevância, ou porque se repetiam na escala que seria utilizada, ou porque não iam ao encontro dos objectivos que se pretendiam alcançar.

Uma vez que o principal objectivo é a aferição dos sintomas de ansiedade e depressão e a sua prevalência na população em questão, a entrevista efectuada, tenta de certa forma abranger variáveis que se consideram pertinentes (que a escala escolhida não abrange) de forma a controlar o maior número. Desta forma foram controladas variáveis como: Género, Idade, Estado Civil, Escolaridade, Situação Profissional, Agregado familiar (Com quem vive), Antecedentes de Depressão, se faz Medicação Ansiolítica ou Anti-depressiva, Qualidade do sono, Perdas Recentes. A partir destas variáveis, conseguimos aceder a outras dimensões também consideradas fundamentais na avaliação da ansiedade e depressão, como os antecedentes psiquiátricos, as perdas afectivas recentes (luto) e à qualidade de sono. Por sua vez também se controlaram algumas variáveis clínicas relacionadas com a doença oncológica, tais como: Diagnóstico, Estadio da doença, Data do Diagnóstico, Esquema de Quimioterapia, Dia do ciclo, Tipo de Quimioterapia, se se trata de uma 1ª Vez ou de uma Recidiva, Antecedentes Oncológicos Familiares, Presença de Dor.

No final é esperado que, o controle das mesmas e a avaliação da prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão permitam concluir acerca dos grupos de doentes que apresentam maiores índices de depressão e ansiedade, assim como, acerca das

variáveis (características presentes nos indivíduos), que se relacionam com os índices mais elevados. Desta forma serão identificados grupos de risco, ou seja, grupos com maior probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão, o que possibilitará desenhar futuramente, intervenções terapêuticas específicas e direccionadas.

Muito se tem dito acerca do conceito “depressão”. À parte das diversas versões da perturbação no léxico psiquiátrico, todas se referem a uma variedade de estados emocionais: desmoralização de vida, a sofrimento prolongado; reacção a perdas; tendência para se auto- desvalorizar (perda de auto-estima); visão pessimista; etc. Um questionário desenhado para cobrir todos estas vertentes, poderia ser difuso e falível, não providenciando informação útil ao clínico.

Zigmond e Snaith desenharam uma escala que substitui os sintomas que podem ser provocados pelo mal estar físico por outros mais específicos da vivência psíquica do transtorno, com a finalidade de detectar estados de depressão e ansiedade em pacientes hospitalizados não psiquiátricos.

Está baseado num dos dois estados obrigatórios, usados para definir a perturbação depressiva major – a anedonia- e foi considerada por Klein (cit. por Snaith, 2003) o melhor guia para a perturbação depressiva com base na perturbação dos mecanismos neurotransmissores.

Na validação da escala (Montazeri e col., 2003), constatou-se que as sub-escalas de ansiedade e depressão, eram adequadas e discriminavam os sub-grupos de doentes que diferiam na situação clínica e no estadió da sua doença. Esta validação preliminar da versão iraniana, provou que a HADS se trata de uma medida válida para aceder às perturbações emocionais dos doentes oncológicos.

Recentes revisões da literatura sobre a validade da HADS –Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, indicam claramente que se trata do questionário melhor concebido para aceder à severidade dos sintomas de Ansiedade e Depressão, quer nos cuidados somáticos, quer nos psíquicos, quer nos cuidados de saúde primários de doentes oncológicos e na população em geral.

Um estudo realizado por Mykletun (2001) com um elevado número de sujeitos concluiu que a HADS é um instrumento com propriedades psicométricas, que permite aceder à severidade dos sintomas de ansiedade e depressão, e que possui uma boa homogeneidade, consistência interna e intercorrelação. Trata-se de um questionário muito utilizado para medir a morbilidade psicológica em doentes oncológicos.

É um instrumento usado para medir a Ansiedade e a Depressão e está avaliado em diversos países: Arábia, França, Alemanha, Itália, Inglaterra, Espanha, China. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão não está aferida para a população Portuguesa, como tal optou-se pela tradução da escala já validada em Inglaterra.

Devido à sua implicação metodológica para o estudo realizado, a revisão dos estudos supracitados tomou-se pertinente.

Devido à sua implicação metodológica para o estudo realizado, a revisão dos estudos supracitados torna-se pertinente.

7.8 Procedimentos Utilizados na Tradução da Escala

Bradley (cit. por Ribeiro, J., 1999) refere que é essencial que o tradutor de um questionário, seja fluente nas línguas em jogo, embora tal, só por si não chegue. É necessário, igualmente que o tradutor compreenda o objectivo do questionário e as intenções subjacentes à concepção de cada item. A tradução, retroversão e retradução seriam o primeiro passo destinado a verificar se a versão atingida, vai de encontro à versão original.

Neste caso, optou-se pela tradução do Inglês para Português. A tradução foi feita por uma psicóloga e a retroversão para o Inglês foi realizada por um tradutor que não tinha conhecimento da versão original do instrumento. Após a comparação dos itens da retroversão foram identificadas algumas discrepâncias, nomeadamente nos itens : A5 "I get a sort frightened feeling like butterflies in the stomach", D6 "I look forward with enjoyment to things" e A7 "I get sudden feelings of panic". Repetiu-se o processo mais algumas vezes até atingir uma retroversão idêntica à versão a partir da qual se iniciou a tradução, nomeadamente no que se refere à equivalência, linguística, conceptual e psicométrica de cada item. Deste modo obteve-se a seguinte tradução: A5 "Experimento sensações de calafrios e palpitações", D6 "Espero as coisas com satisfação", A7 "Experimento sensações de angústia e pânico". Hays, Anderson e

Revicki (cit. por Ribeiro, 1999), referem quatro equivalências que devem ser consideradas na tradução de modo a garantir que as medidas sejam idênticas:

- a) Equivalência de tradução do item, que proporciona a equivalência funcional, responde a uma questão importante, que é a de saber se a tradução noutra língua mantém o mesmo significado da versão original- equivalência funcional;
- b) Equivalência operacional do item que pretende verificar se as assunções referentes à administração do teste na língua original, se podem aplicar igualmente no idioma em que se pretende utilizar a versão traduzida. Deve haver atenção com o tempo e os custos não só temporais, com a passagem do teste, a exposição de aspectos pessoais íntimos que o teste pode exigir e que não são sentidos da mesma maneira em diferentes culturas, e a iliteracia;
- c) Equivalência da escala que garante que o teste mede as mesmas dimensões nas duas culturas. As dimensões avaliadas com técnicas deste tipo estão embebidas numa matriz cultural e num sistema de crenças que se desenvolveu nessa cultura. Os itens deste tipo de instrumentos podem ter o mesmo significado mas ser valorizados e conceptualizados de modo diferente, em populações diferentes e culturas diferentes. Um dos modos de avaliar a equivalência das escalas, é através da inspeção das propriedades psicométricas, garantindo que elas são semelhantes nas duas versões. Outro método é o de verificar através da análise factorial, se as soluções factoriais são idênticas e se a variância de cada factor é semelhante;

d) Equivalência métrica da escala que se refere a se a medida ordena os indivíduos num contínuo de modo semelhante em ambas as culturas. Uma abordagem adequada seria escalar os itens relativamente às medidas de tendência central da cultura estudada, para ver se a distribuição seria equivalente.

Outra proposta para implementar a equivalência entre instrumentos em culturas diferentes é a abordagem universalista, que salienta a possibilidade de haver variações na natureza de constructos multidimensionais em diferentes culturas, pelo que é importante investigar alguns aspectos, nomeadamente: os domínios que são importantes para o constructo na cultura em jogo e quais as relações entre eles (equivalência conceptual); examinar de modo crítico os itens utilizados para avaliar esses domínios e se a relevância desses itens é idêntica nas duas culturas (equivalência do item); assegurar que a tradução respeita a equivalência semântica dos itens (equivalência semântica); assegurar que os métodos de medição utilizados são adequados para a cultura em questão (equivalência operacional); inspeccionar as propriedades psicométricas do instrumento (equivalência de medida) e examinar o resultado do processo em termos de comportamento do instrumento (equivalência funcional).

O estudo piloto realizado com oito pacientes seleccionados aleatoriamente, mas com as mesmas características dos que viriam a participar no estudo, demonstrou não existirem

dificuldades no entendimento das questões. Para contornar problemas de baixa escolaridade, as questões foram lidas em voz alta.

A tradução da escala para o português foi realizada uma por psicóloga, duas pessoas leigas bilingues, tendo o inglês como língua materna. Retraduziu-se o instrumento para o inglês, até chegar a um resultado final de consenso.

7.7.2 Descrição da Escala

É um questionário composto por 14 itens, integrado por duas subescalas de 7 itens, uma de ansiedade (itens ímpares) e outra de depressão (itens pares). Os itens da subescala de ansiedade estão seleccionados a partir da análise e revisão da escala de ansiedade de Hamilton, evitando a inclusão de sintomas físicos que podem ser confundidos pelo paciente com a sintomatologia própria da sua doença física. Os itens da subescala de depressão centram-se na área da anedonia (perda de prazer).

Numa apreciação mais detalhada da escala, podemos constatar que engloba dimensões consideradas fundamentais, quer para o diagnóstico de ansiedade, quer para o diagnóstico de depressão. De um modo geral abrange as grandes esferas do psiquismo, como a afectividade, a cognição, a conduta, a psicomotricidade. Mais especificamente, engloba sintomas como: tensão interior (item A1), desinteresse pessoal (item D1), perda de prazer (item D1), desespero (item A2), apreensão (item A2 e A7), antecipação do pior (item A2), humor depressivo (item D2), preocupações

(nomeadamente com a saúde) (item A3), tristeza (item D3), inquietação (item A4), agitação psicomotora (item A4 e A6), fadiga fácil (item D4), angústia (item A5), baixa auto-estima (item D5), perda de interesse (item D5), dificuldades de concentração (item A6 e D7), sensações de pânico (item A5 e A7) e visão pessimista do futuro (item D6).

Esta correspondência entre itens e sintomas pode ter outras interpretações, no entanto o objectivo é a classificação em termos gerais, de modo a facilitar a identificação de sintomas. Contudo, não deve ser esquecida a abordagem integradora que se pretende. Uma vez que em maior ou menor grau, todos os itens se encontram correlacionados, o importante será a avaliação global da escala e não a interpretação de cada item por si só.

A intensidade ou frequência do sintoma avalia-se através de uma escala de Likert de 4 pontos com diferentes formulações de resposta. O marco temporal, mesmo quando as questões são colocadas no presente, deve referir-se à última semana. O paciente tem que seleccionar para cada item a alternativa de resposta que melhor reflecta a sua situação durante a última semana. A pontuação para cada subescala obtém-se somando os valores das respostas seleccionadas (0,1,2,3) nos itens respectivos. A pontuação total é de 21 para a escala de depressão e 21 para a escala de ansiedade, ou seja 42 para a pontuação global. Na versão original a pontuação de 11 ou mais em cada subescala é considerado problema clínico (indicador de morbilidade psicológica), pontuação de 8-10 é considerada limite e pontuação de 0-7 é considerada normal.

Na versão original trata-se de um questionário de auto-preenchimento, no entanto devido ao elevado número de sujeitos iletrados em estudo, a entrevista face a face foi o método escolhido. Este tipo de entrevista facilita o acesso às perturbações psíquicas em áreas tão sensíveis como é o caso da oncologia.

Alguns autores recomendam a utilização da pontuação global e não a utilização das subescalas separadas. Certos estudos que tentaram medir a consistência interna das subescalas de ansiedade e depressão, concluíram que era satisfatória no entanto havia uma forte correlação entre ambas, sugerindo que a escala podia também ser considerada um instrumento de medida geral do “mal estar psíquico e emocional” além de um instrumento de avaliação da ansiedade e depressão cada uma por si só. Por outras palavras, é possível sugerir que devido à elevada correlação entre as duas subescalas, ela possa ser usada como uma única escala com uma pontuação global para todo o instrumento. Um estudo recente em doentes com cancro da mama, conclui que a pontuação total da escala é um instrumento de medida válido para medir o “mal estar psíquico ” e pode ser usado como questionário de avaliação das perturbações psíquicas.

O uso da escala por alguns autores, direccionou-se mais para a detecção e quantificação do “ mal estar psíquico”, mostrando por um lado boa correlação com diferentes aspectos de severidade da doença física e com outras dimensões da qualidade de vida, e por outro, boa sensibilidade para detectar mudanças durante o desenvolvimento da doença, bem como na resposta a intervenções psicoterapêuticas.

8. Resultados

8.1. Características Demográficas e Clínicas

A população compreendeu 92 doentes oncológicos - 56 do sexo feminino (61%) e 36 do sexo masculino (39%) - com idades compreendidas entre os 33 e os 85 anos. A maioria dos doentes estava casada (75%), pelo que, ou vivia com o cônjuge (50%) ou vivia com o cônjuge e os filhos (28%). Relativamente à escolaridade, grande parte (38%) nunca tinha frequentado a escola e 49% tinham escolaridade até ao 4º ano. Eram sobretudo sujeitos aposentados (52%), como seria de esperar, uma vez que grande parte estava na faixa etária acima dos 65 anos. Os restantes desempenhavam as mais variadas funções, sendo 10% domésticas e 10% trabalhadores rurais.

Dos 92 doentes avaliados, 26 tinham antecedentes de depressão e 23 (25%) encontravam-se a fazer medicação ansiolítica e/ou anti-depressiva. Questionados acerca da qualidade do sono, 37% referiram a má qualidade. 16% referiram a perda recente de alguém afectivamente importante. Face à questão: "costuma chorar?", 42% referem chorar algumas vezes e 16% dizem chorar muitas vezes.

Os sujeitos avaliados tinham os mais diversos diagnósticos, no entanto as localizações mais frequentes eram: Mama (22%), todos do sexo feminino; Cólon (22%), 11 do sexo masculino e 9 do sexo feminino e Pulmão (15%), 3 do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Entre todos, 50% referiram ter antecedentes oncológicos familiares. Quanto ao estadio da doença, importa salientar que não havia nenhuma neoplasia que se encontrasse no estadio I, e só 5% pertenciam ao estadio II. 17% encontravam-se no estadio III e 33% no estadio IV.

A maioria dos doentes (60%) tinha o diagnóstico relativamente recente “de 31 dias até 6 meses”, e encontrava-se a fazer quimioterapia pela primeira vez (82%). Os restantes 18% eram recidivas. Destes, 5 tinham neoplasia da mama e 3 neoplasia do cólon. Nas neoplasias do pulmão e da próstata não havia recidivas. As restantes distribuíam-se pelos sujeitos com outros diagnósticos.

15% dos doentes faziam quimioterapia paliativa, 14% neo- adjuvante e 71% faziam quimioterapia adjuvante. A maioria queixou-se de dores.

8.2. Análise dos Resultados

O método de avaliação da semiologia depressiva engloba o humor depressivo, a diminuição do interesse ou prazer pelas actividades, perda ou ganho de peso significativo, insónia ou hipersónia, fadiga ou perda de energia, sentimento de culpabilidade, diminuição da aptidão de pensar ou da capacidade de concentração ou indecisão e ideias de morte.

A presença do humor depressivo, é normalmente considerada imprescindível no diagnóstico de depressão, no entanto, nas depressões próprias dos doentes com perturbações somáticas, a perturbação do humor não é forçosamente um sintoma predominante. Caracterizados essencialmente pela tristeza, considerada como afecto depressivo, este afecto é fundamentalmente produto e consequência de sentimentos de perda, de separação (daí a pertinência de explorar a existência ou não de perdas afectivas recentes nos sujeitos) . Há uma transformação ou rotura das ligações afectivas e a significação das experiências dolorosas é atribuída a estes acontecimentos bem como a um ambiente socio- cultural específico (agrupamento de características biológicas, sociais e afectivas).

Para ir ao encontro das características supracitadas, foi seleccionada uma escala – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - que, como anteriormente foi referido, é uma escala cujos itens abordam a ansiedade e depressão discriminando os

sintomas físicos e psíquicos que poderiam ser confundidos com os sintomas da própria doença neoplásica.

A determinação de “casos” de ansiedade e depressão efectuou-se sempre que os critérios seguintes fossem preenchidos: pontuações de 0 a 7, para cada subescala não era considerada perturbação (seria a ansiedade/ depressão dita “normal”); pontuações de 8 a 10 para cada subescala considerava-se ansiedade/ depressão ligeira (ansiedade/ depressão “borderline”); pontuações de 11 ou mais para cada subescala considerava-se ansiedade/ depressão grave (ansiedade/ depressão patológica).

A distinção entre ansiedade e depressão tornou-se muito útil na prática clínica. Pode orientar por exemplo, o tratamento farmacológico dos sintomas. No entanto, estudos populacionais, demonstram a correlação entre as duas dimensões. A subescala de depressão da HAD, baseia-se fortemente na anedonia, característica preditiva de boa resposta a anti-depressivos, de modo que, pareceu importante usar as escalas separadamente, uma vez que estes doentes são por vezes medicados com anti-depressivos.

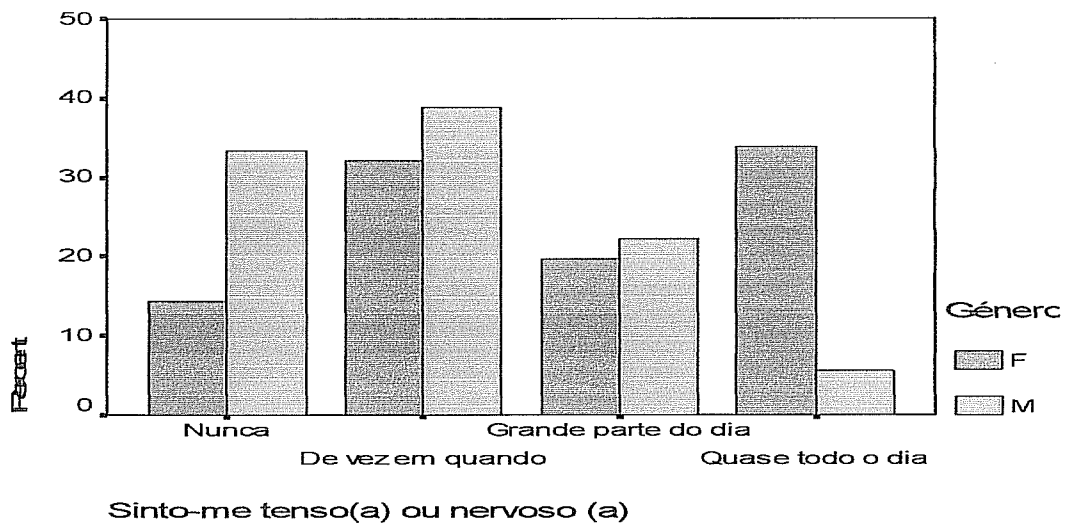
Os sintomas potencialmente ansiogénicos e depressivos foram analisados de modo descritivo, de acordo com a história clínica de cada sujeito e na sequência das respostas individuais na entrevista e na escala. Este procedimento permitiu a medição da frequência de ansiedade e depressão em sujeitos com diferentes diagnósticos, assim como o acesso a algumas condições individuais ou de grupo que possam ter predisposto a ocorrência de ansiedade e depressão.

8.3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão:

Conteúdo dos Itens e Respostas dos Sujeitos

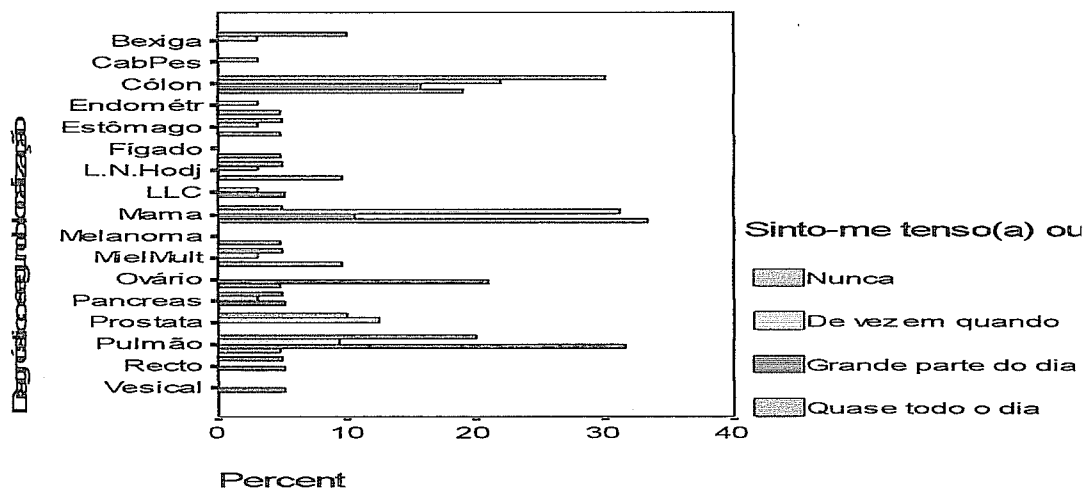
Uma vez que o diagnóstico de ansiedade, depressão e perturbação emocional, foi feito a partir das respostas dos sujeitos na escala supracitada, optou-se por fazer uma análise do conteúdo dos itens, bem como das respostas dos sujeitos. Com esta análise, pretendeu-se proporcionar ao leitor, não só uma visão global dos resultados obtidos, como também a possibilidade de conhecer as respostas dos sujeitos para cada item, permitindo uma caracterização detalhada do(s) grupo(s).

A1. Sinto-me tenso (a) ou nervoso (a): este item pertence à escala de ansiedade e relaciona-se sobretudo com a preocupação e apreensão. Verificou-se que 22% dos sujeitos referiram nunca sentir-se tensos ou nervosos, sendo que, 23% referiram sentir essa tensão ou nervosismo quase todo o dia e 21% grande parte do dia. Os restantes 34% disseram sentir-se nervosos só de vez em quando. No *gráfico 1* podemos constatar que, as diferenças mais significativas entre o sexos, se situam nos extremos. À ausência de tensão ou nervosismo manifestada pelos sujeitos do sexo masculino, corresponde a presença dos referidos sintomas no sexo feminino, durante quase todo o dia. Nas respostas intermédias, embora existam diferenças segundo o género, não são tão acentuadas, sendo que a maior percentagem pertence ao sexo masculino.



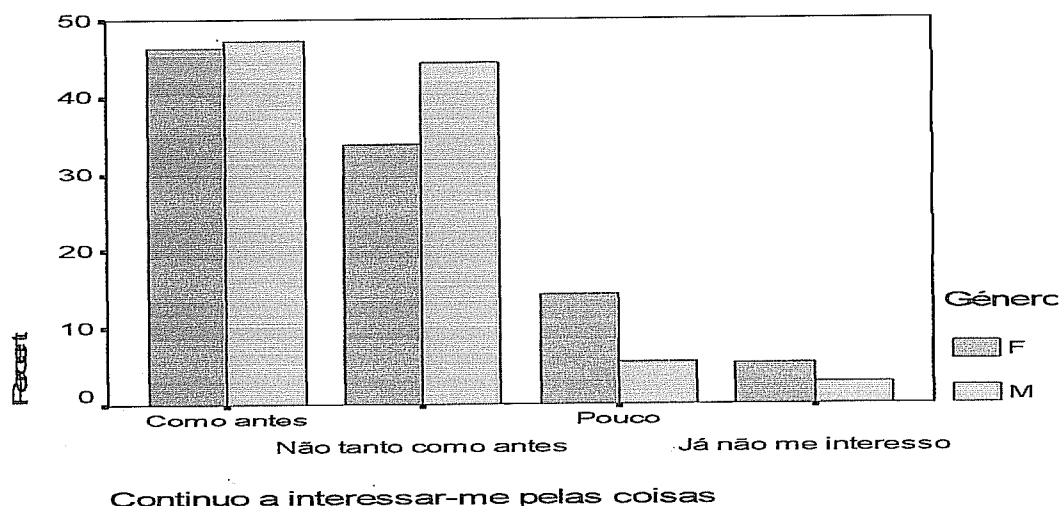
Graf.1- Item A1: Respostas dos sujeitos segundo o género

É possível também verificar, que os sujeitos que revelaram mais ansiedade e nervosismo tinham diagnóstico, de neoplasia da mama, do cólon, do pulmão e do ovário. Curiosamente, os sujeitos que tinham neoplasia do cólon e do pulmão, foram entre todos, os que mais negaram sentir essa tensão e nervosismo, como se pode constatar no gráfico 2.



Graf.2- Item A1: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

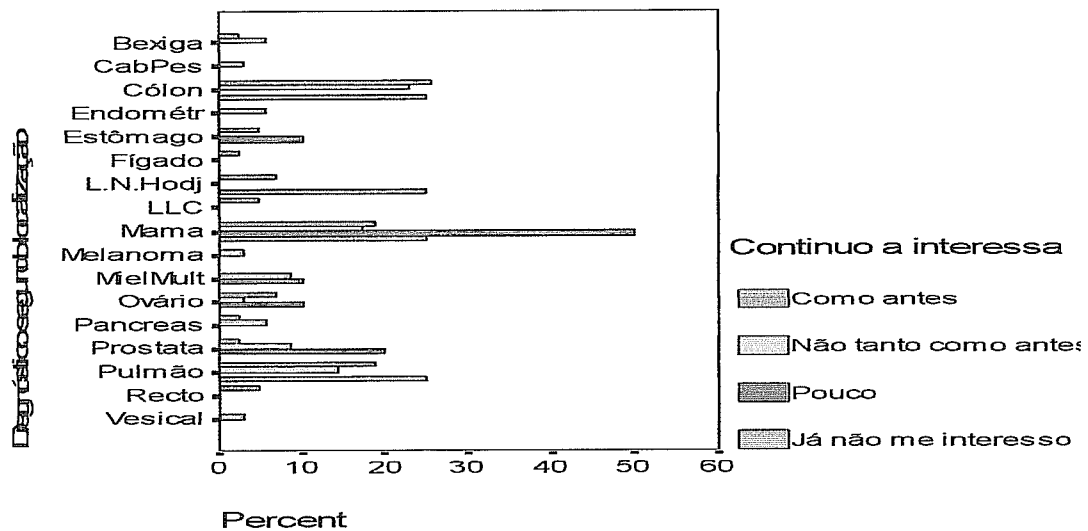
D1. *Continuo a interessar-me pelas coisas*: este item pertence à escala da depressão e relaciona-se sobretudo com o desinteresse pessoal e a perda de prazer. Verificou-se que 47% dos sujeitos continuam a interessar-se pelas coisas, no entanto 38% manifestou um decréscimo do interesse. Há que salientar que 11% dos sujeitos revelou pouco interesse e 4% manifestaram um desinteresse total. No gráfico 3 podemos constatar que, é no sexo feminino que o desinteresse mais se manifesta e que no sexo masculino embora alguns sujeitos refiram que o interesse se mantém, muitos referiram um decréscimo do interesse (estes também em maior percentagem no sexo masculino).



Graf.3 - Item D1: Respostas dos sujeitos segundo o género

Relativamente ao desinteresse manifestado, verificou-se que os sujeitos com neoplasia do cólon, da mama, do pulmão e com Linfoma Não Hodgkin, foram os que referiram uma ausência total de interesse (gráfico 4). Há que salientar, que a maioria dos sujeitos com neoplasia da mama, referiu sentir pouco interesse e que entre os sujeitos com neoplasia

do cólon, houve quem referisse a falta de interesse, a não alteração do interesse e também o decréscimo do interesse.



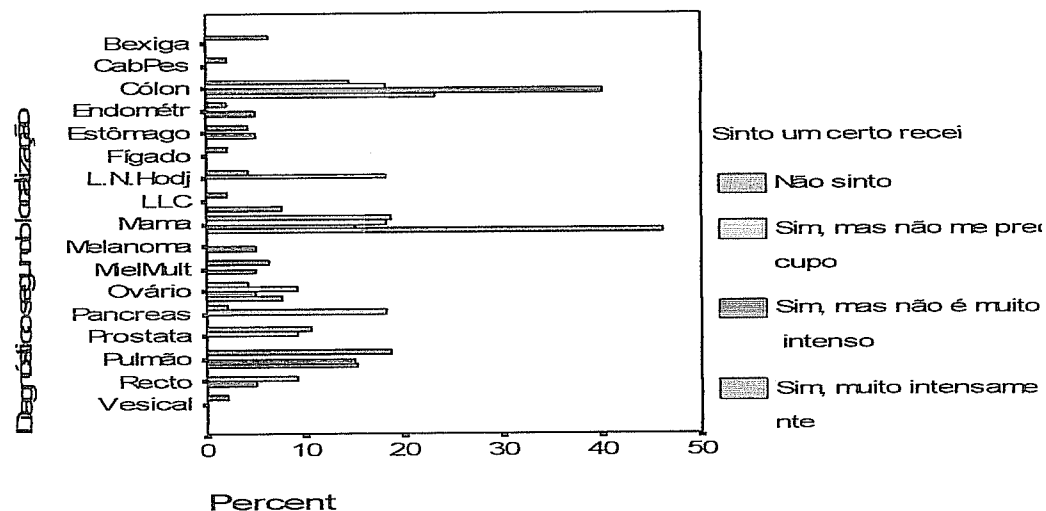
Graf.4- Item D1: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

A2. *Sinto um certo receio, como se algo me fosse acontecer*: este item pertence à escala de ansiedade. Traduz a ansiedade psíquica, a angústia. Pode igualmente traduzir o desespero, a antecipação do pior, o modo como o sujeito vê o futuro. A maioria dos sujeitos refere não sentir esse receio, no entanto 14% referem senti-lo muito intensamente. Destes a maioria é do sexo feminino (como se pode observar no gráfico 5), sendo que grande parte dos sujeitos do sexo masculino face a esta questão, respondeu não sentir o referido receio.



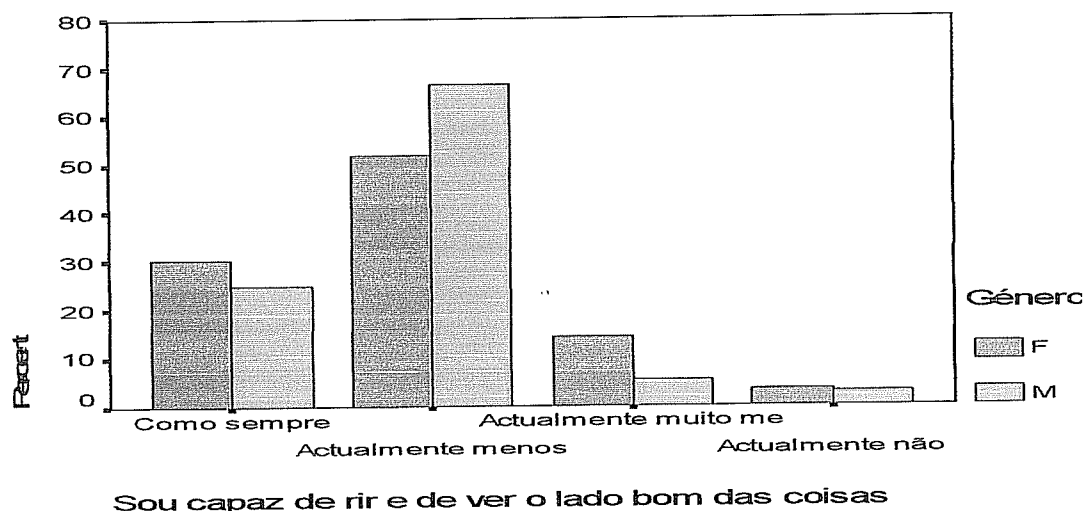
Graf.5 - Item A2: Respostas dos sujeitos segundo o género

Relativamente ao diagnóstico (gráfico 6), verificou-se que os sujeitos com neoplasia da mama foram os que se manifestaram mais receosos, seguidos dos sujeitos com neoplasia do cólon. Muitos sujeitos com neoplasia da mama, cólon e prostata, referiram não sentir receio.



Graf. 6- Item A2: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

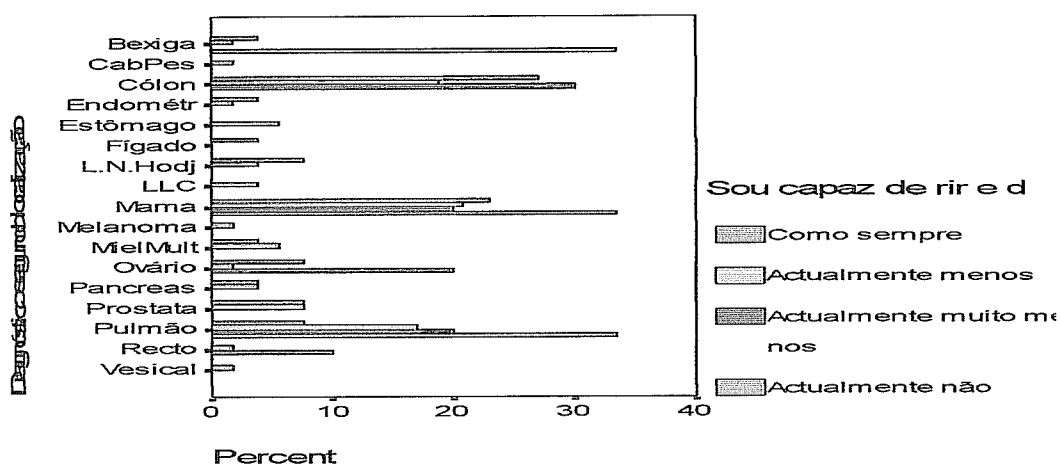
D2. *Sou capaz de rir e de ver o lado bom das coisas*: este item pertence à escala da depressão e traduz sobretudo o humor depressivo. Aquilo que se verificou, foi que 69% dos sujeitos, embora com diferentes graus de percepção, referiram sentir-se menos capazes para rir e ver o lado bom das coisas. 3% dos sujeitos referiu ser incapaz de ter o referido sentimento. Estes, ainda que com uma diferença mínima, foram em maior número no sexo feminino, como se pode observar no gráfico. O sexo masculino obteve grande percentagem na resposta “actualmente menos”, de resto a única em que superou o sexo feminino, como se pode observar no gráfico 7.



Graf.7- Item D2: Respostas dos sujeitos segundo o género

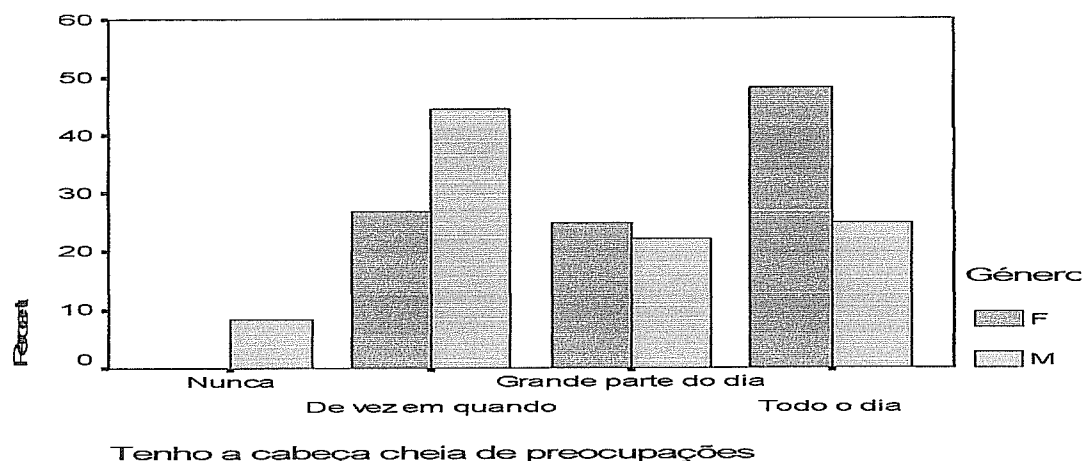
Os sujeitos que referiram ser incapazes de rir e de ver o lado bom das coisas tinham como diagnóstico: neoplasia da mama e neoplasia da bexiga (gráfico 8). Os que referiram uma menor capacidade para rir e ver o lado bom das coisas, tinham neoplasia do cólon, da mama, do ovário, do pulmão e do recto. Alguns sujeitos com diagnóstico

de neoplasia da mama e do cólon, referiram não sentir alteração em relação à capacidade de rir e de ver o lado bom das coisas (gráfico 8).



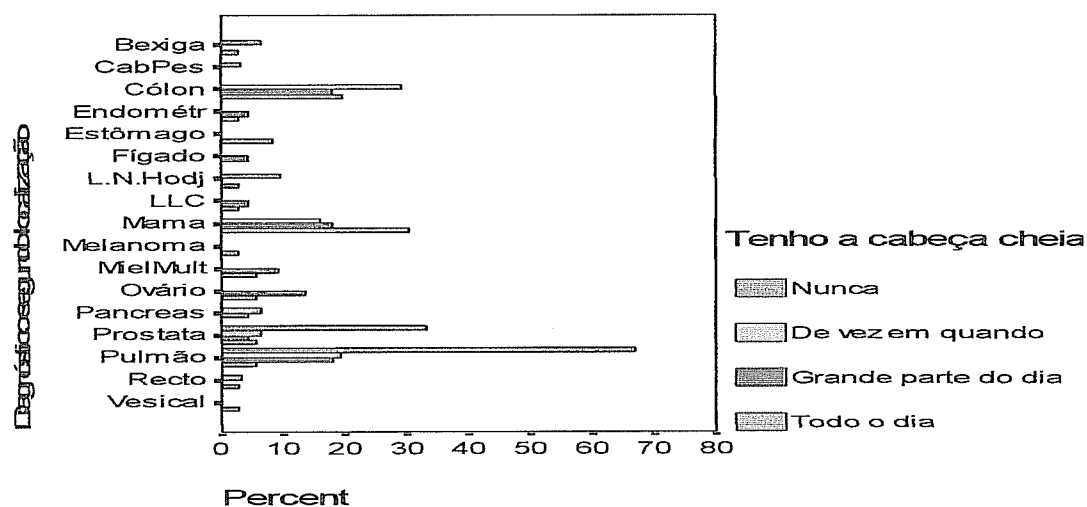
Graf.8- Item D2: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

A3. Tenho a cabeça cheia de preocupações: este item pertence à escala de ansiedade e relaciona-se com a ansiedade psíquica. Neste contexto de doença, as principais preocupações são sobretudo ao nível da saúde física. Apenas 3% dos sujeitos disseram nunca sentir-se preocupados, sendo que grande parte (39%) referiu essa preocupação durante todo o dia, 24% grande parte do dia e 34% de vez em quando (a maioria destes do sexo masculino, como se pode observar no gráfico 9). Grande parte dos sujeitos do sexo feminino referiu sentir preocupação durante todo o dia.



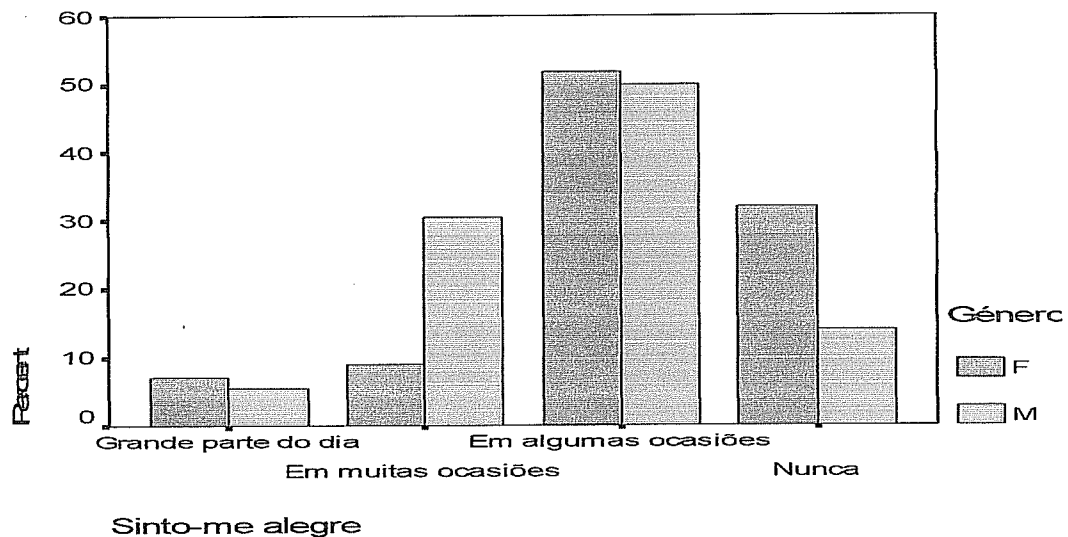
Graf.9- Item A3: Respostas dos sujeitos segundo o género

Dos sujeitos que não referiram preocupações destacam-se os que tinham neoplasia da prostata e do pulmão, sujeitos maioritariamente do sexo masculino. De entre os que manifestaram preocupação, estavam os que tinham diagnóstico de neoplasia da mama e do cólon (gráfico 10).



Graf.10- Item A3: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

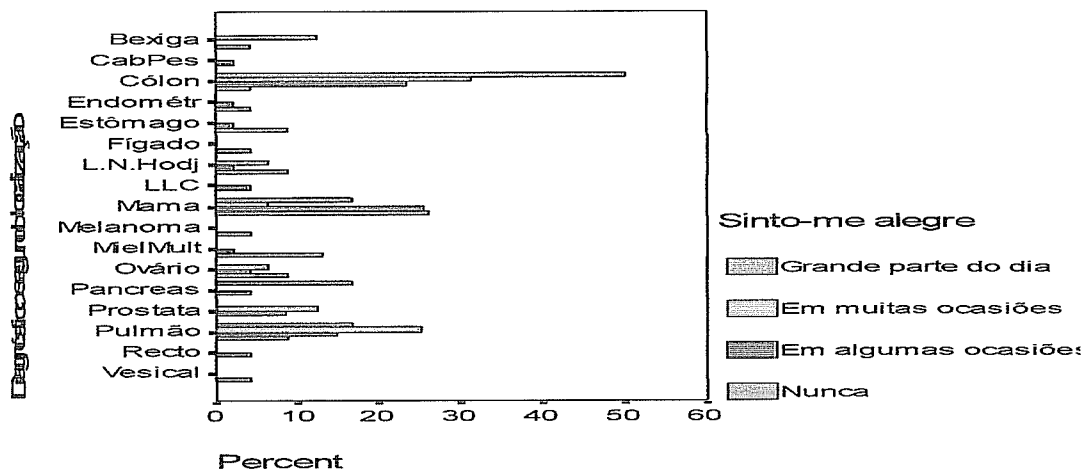
D3. Sinto-me alegre. O item pertence à escala de depressão e relaciona-se com o humor, traduzindo sobretudo a tristeza. 25% dos sujeitos referiram nunca sentir-se alegres, mas a maioria, 51% disse sentir alegria em algumas ocasiões e 17% em muitas ocasiões. Há que salientar que os sujeitos que referiram nunca sentir-se alegres são em maior número do sexo feminino, distando em muito dos do sexo masculino, como se pode observar no gráfico 11. Também se verificou uma grande diferença intra - sexos, nos sujeitos que referiram sentir-se alegres em muitas ocasiões, sendo a maioria do sexo masculino.



Graf.11- Item D3: Respostas dos sujeitos segundo o género

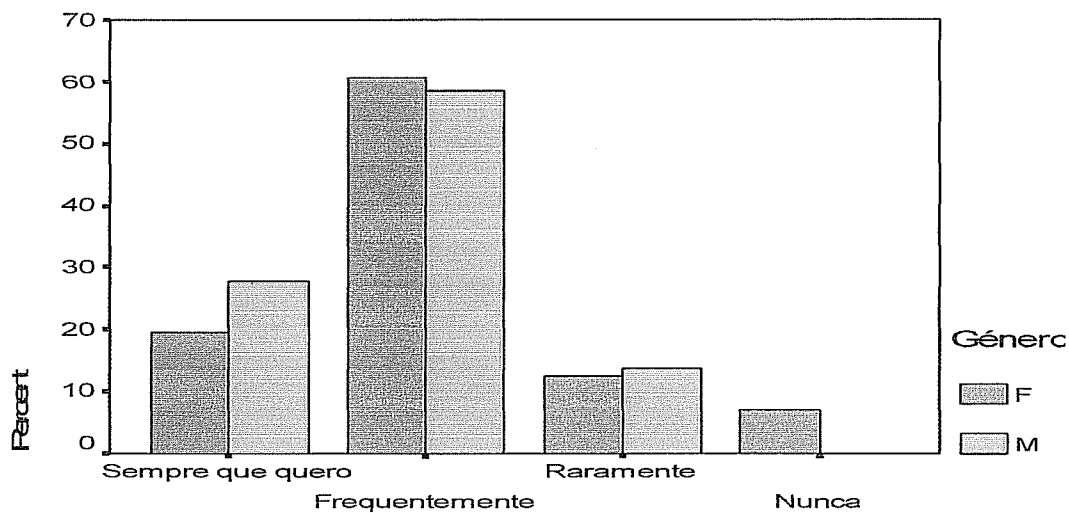
No gráfico 12 pode observar-se que na maioria dos diagnósticos houve quase sempre uma percentagem de sujeitos que referiu nunca sentir alegria. Salienta-se que as respostas de grande parte dos sujeitos com diagnóstico de neoplasia do cólon, foram de tal forma abrangentes que englobaram: o sentir alegria grande parte do dia, em muitas

ocasiões e em algumas ocasiões. Também os sujeitos com diagnóstico de neoplasia das mama, pancreas e pulmão referiram sentir-se alegres grande parte do dia.



Graf.12- Item D3: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

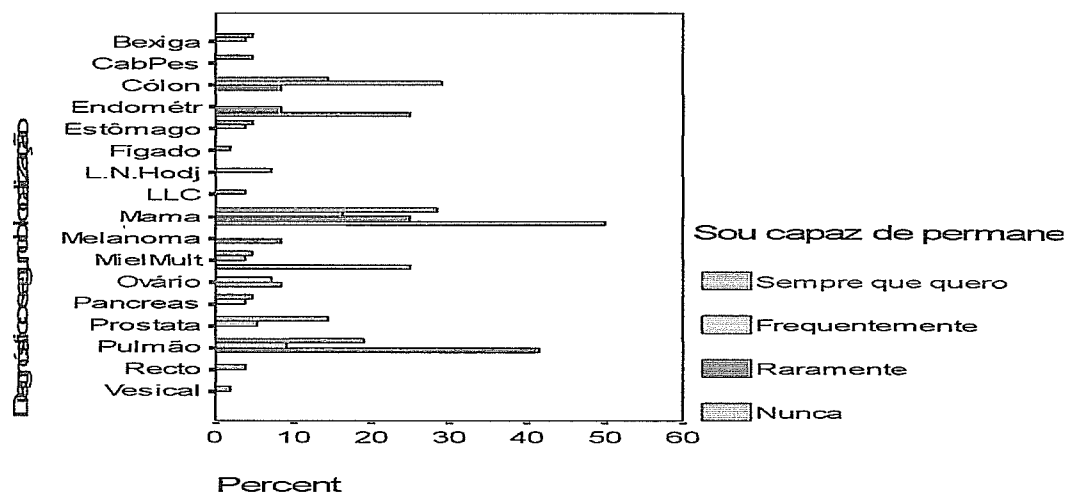
A4. *Sou capaz de permanecer sentado(a), tranquilo(a), relaxado(a)*: este item pertence à escala da ansiedade e traduz a agitação psicomotora, a incapacidade de repousar. A maioria dos sujeitos, 60%, manifestou essa capacidade, no entanto, 13% raramente o conseguem fazer e 4% são incapazes de o fazer. Nesta questão não se verificaram grandes diferenças ao nível do sexo, à excepção do item que se referia a essa total incapacidade, referida por alguns sujeitos do sexo feminino e que nenhum do sexo masculino a referiu (gráfico 13).



Sou capaz de permanecer sentado (a), tranquilo (a), relaxado

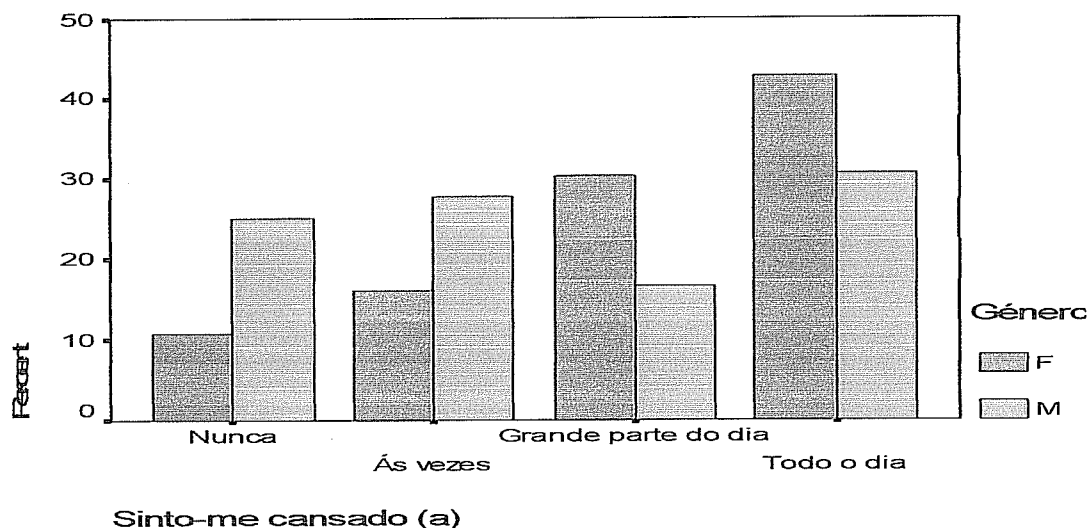
Graf.13- Item A4: Respostas dos sujeitos segundo o género

Neste item, podemos constatar, que os diagnósticos de neoplasia da mama, do endométrio e Mieloma Múltiplo, são os que mais referem essa incapacidade. Os sujeitos com diagnóstico de neoplasia do pulmão referiram que raramente conseguem estar sentados, tranquilos, relaxados (gráfico 14).



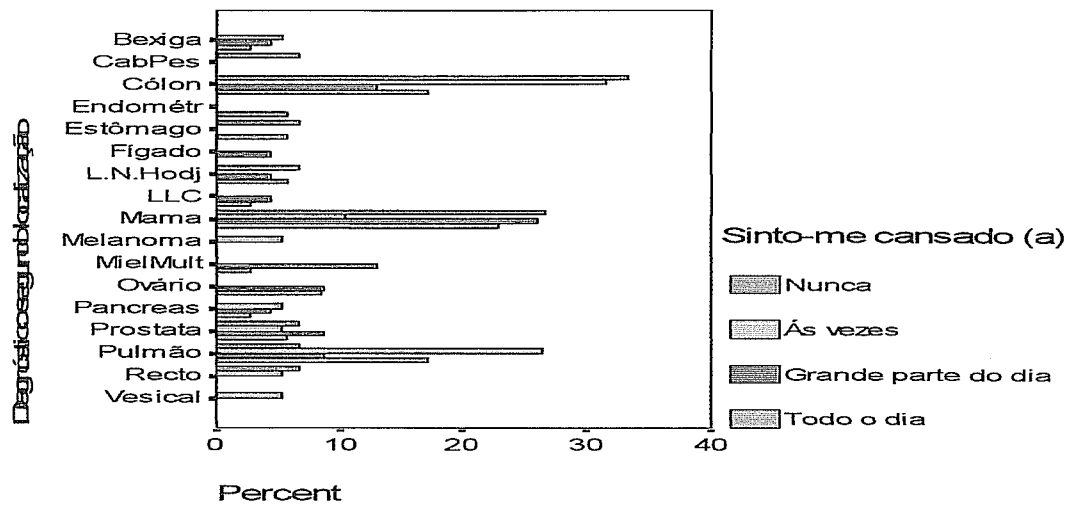
Graf.14- Item A4: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

D4. Sinto-me cansado(a): o item pertence à escala da depressão e relaciona-se com a psicomotricidade, traduzindo nomeadamente a fadiga e o cansaço. 16% dos sujeitos referiram nunca sentir-se cansados, sendo que os restantes embora em diferentes graus, o referiram. 38% referiram senti-lo durante todo o dia, 25% grande parte do dia e 21% só de vez em quando. Neste item verificaram-se algumas diferenças entre os sexos, como se pode observar no gráfico 15. Os sujeitos do sexo masculino ultrapassaram os do sexo feminino nas respostas que se referiam a um menor cansaço, enquanto que os do sexo feminino ultrapassaram os do sexo masculino nas respostas que se referiam a um maior cansaço.



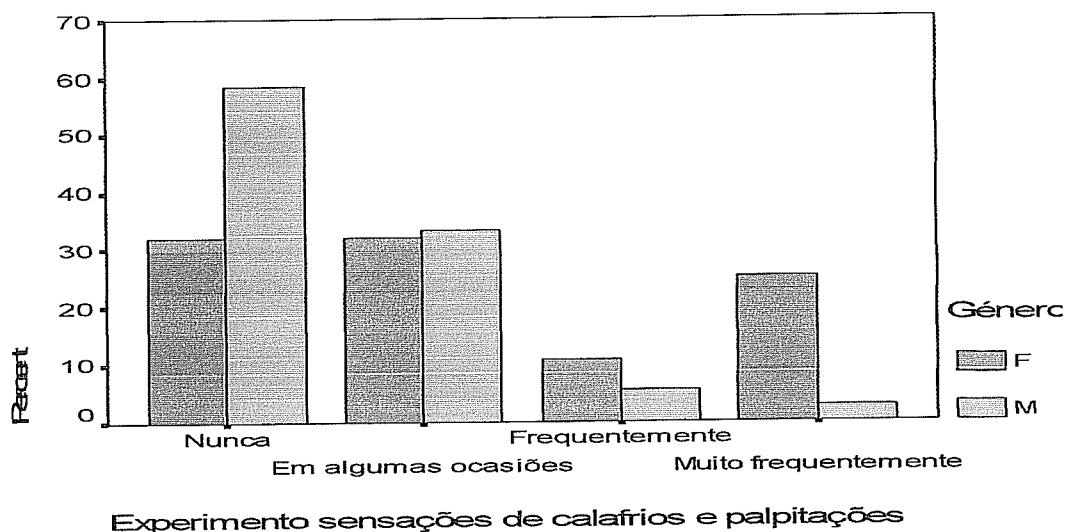
Graf.15- Item D4: Respostas dos sujeitos segundo o género

Os índices de maior cansaço verificaram-se nos sujeitos com diagnóstico de neoplasia do cólon, da mama, do ovário e do pulmão. Também é nos sujeitos com diagnóstico de neoplasia do cólon e da mama que se manifestam os menores índices de cansaço (gráfico 16). Há no entanto que salientar, que nos sujeitos com neoplasia do pulmão, a percentagem de sujeitos que referem nunca sentir cansaço é muito baixa.



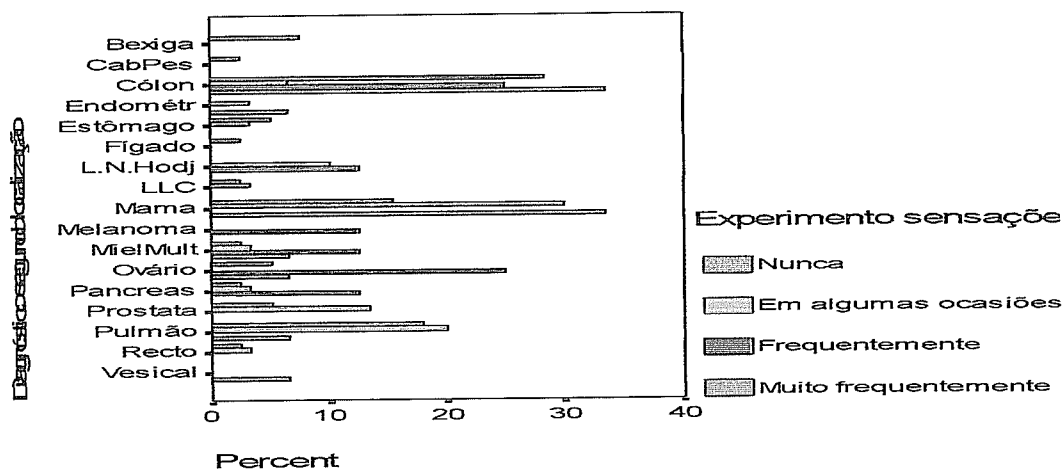
Graf.16- Item D4: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

A5. *Experimento sensações de calafrios e palpitações*: é um item pertencente à escala de ansiedade, que traduz angústia e as sensações de pânico. 42% referiram nunca ter as referidas sensações, no entanto 33% referiram senti-las em algumas ocasiões, 9% sentem frequentemente e 16% muito frequentemente. Destes últimos a maior parte é do sexo feminino. Os sujeitos do sexo masculino referem, na sua maioria, nunca sentir calafrios e palpitações (gráfico 17).



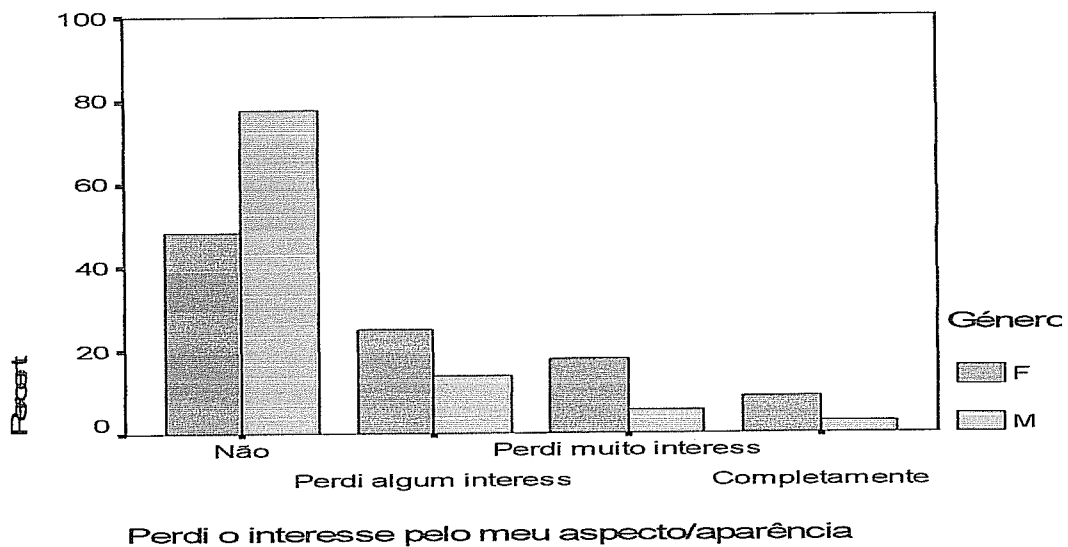
Graf.17- Item A5: Respostas dos sujeitos segundo o género

Também neste item se verificou que os sujeitos com neoplasia do cólon e neoplasia da mama, obtiveram os índices mais elevados (gráfico 18). Importa no entanto salientar que uma importante percentagem dos que tinham neoplasia do cólon também referiram nunca experimentar as referidas sensações.



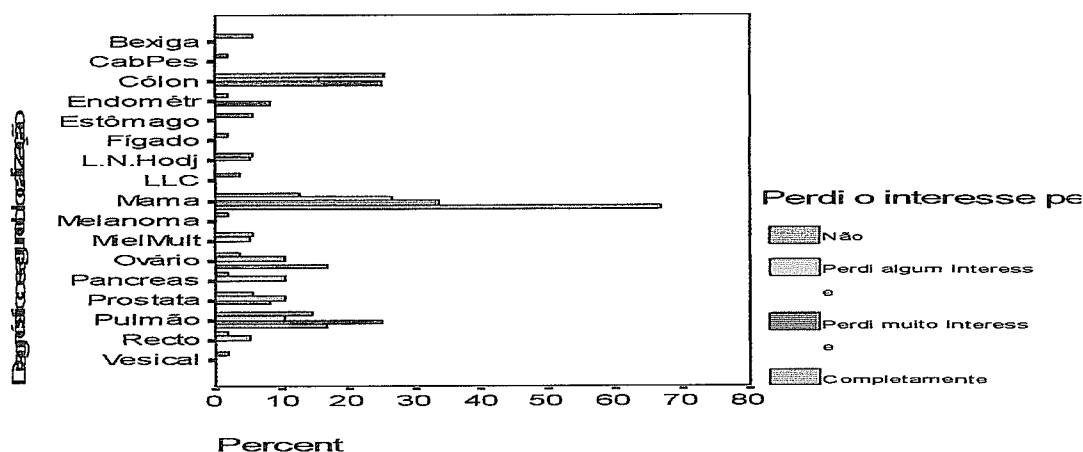
Graf.18- Item A5: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

D5. Perdi o interesse pelo meu aspecto/ aparência: é um item que pertence à escala de depressão, que se relaciona sobretudo com a auto-estima, a perda de interesse, a falta de prazer. 7% dos sujeitos referiram ter perdido completamente o interesse e 13% referiram ter perdido muito interesse. A maioria (60%) referiu não ter perdido o interesse no seu aspecto/ aparência e 21% referiram ter perdido algum interesse. A partir do gráfico 19, pode-se constatar que é no sexo feminino que mais se manifesta essa perda.



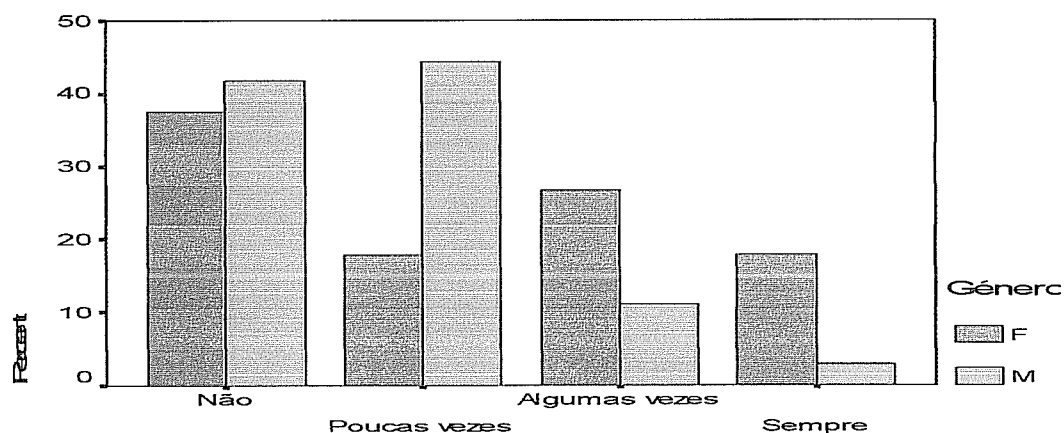
Graf.19- Item D5: Respostas dos sujeitos segundo o género

A maioria dos sujeitos com neoplasia da mama referiu a perda completa de interesse, e apenas uma pequena percentagem destes refere não ter perdido o interesse. Também alguns sujeitos com neoplasia do ovário e do pulmão, referiram a perda completa de interesse, como se pode observar no gráfico 20.



Graf.20- Item D5: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

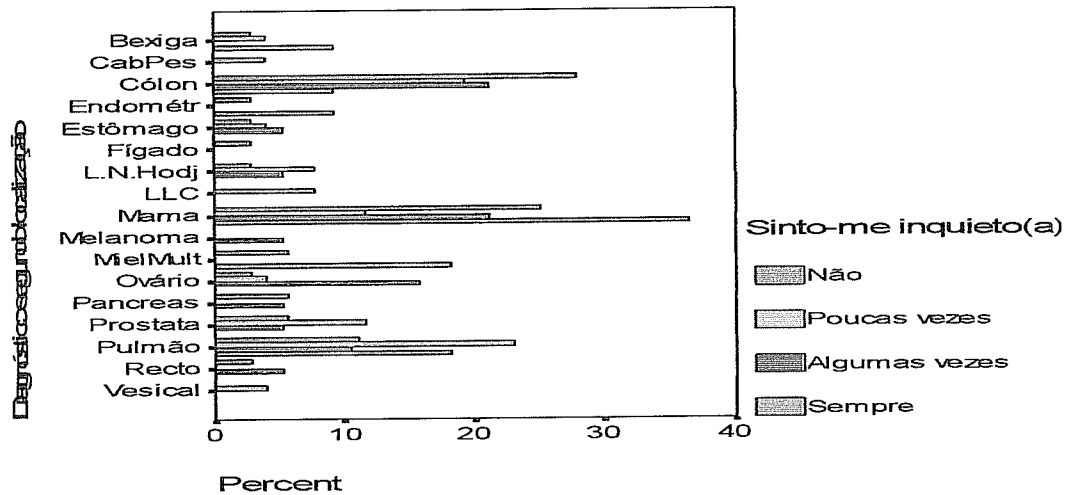
A6. *Sinto-me inquieto (a), como se não conseguisse parar de mover-me*: o item pertence à escala de ansiedade. Traduz a agitação psicomotora, as dificuldades de concentração e a incapacidade para repousar. 12% dos sujeitos revelaram sentir-se sempre inquietos, sendo que, 21% referiram senti-lo algumas vezes e 28% poucas vezes. Grande parte dos sujeitos referiu não sentir a referida inquietação. Os níveis de inquietação estão mais presentes no sexo feminino que no masculino (gráfico 21).



Sinto-me inquieto(a) como se não conseguisse parar de mover-me

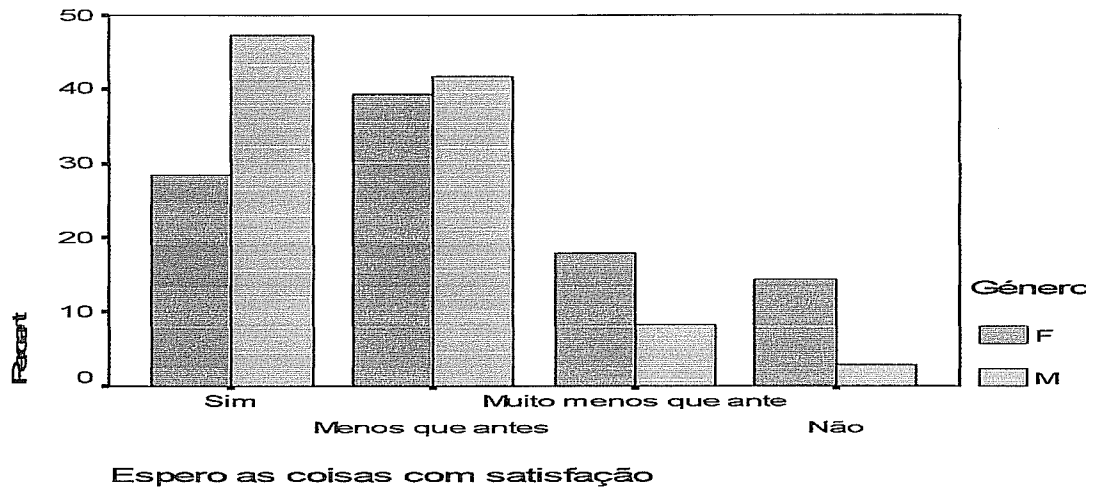
Graf.21- Item A6: Respostas dos sujeitos segundo o género

A inquietação é mais referida pelos sujeitos com neoplasia da mama, do pulmão e Mieloma Múltiplo. No entanto também houve uma importante percentagem de sujeitos com diagnóstico de neoplasia da mama e do cólon que referiu nunca sentir a referida inquietação (gráfico 22).



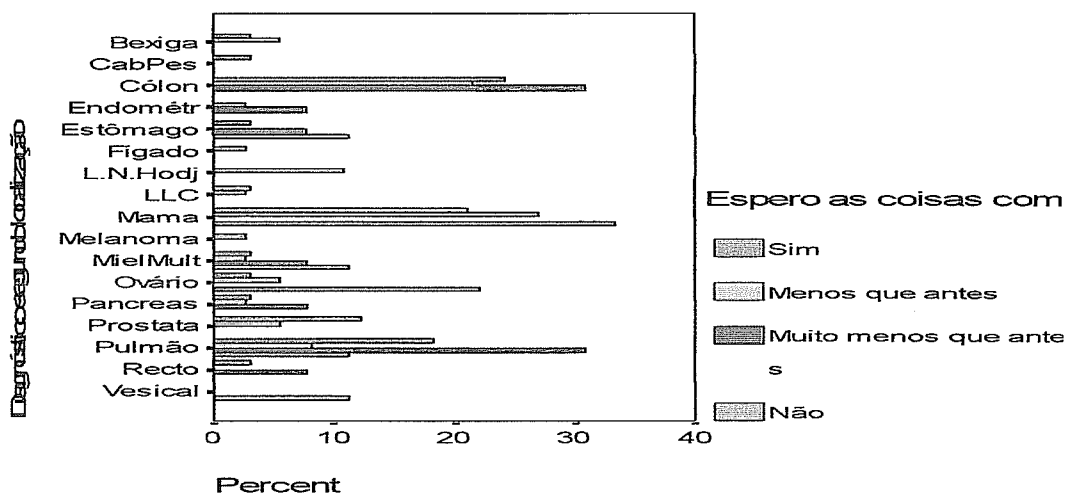
Graf.22- Item A6: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

D6. Espero as coisas com satisfação: é um item que pertence à escala de depressão. Está relacionado com o humor depressivo e com a esperança no futuro. 10% dos sujeitos não esperam as coisas com satisfação, 44% esperam as coisas com menos satisfação e 36% esperam as coisas com satisfação. Destes, os do sexo masculino são em maior número, constituindo uma pequena percentagem daqueles que referiram não esperar as coisas com satisfação, onde o sexo feminino ultrapassa o masculino (gráfico 23).



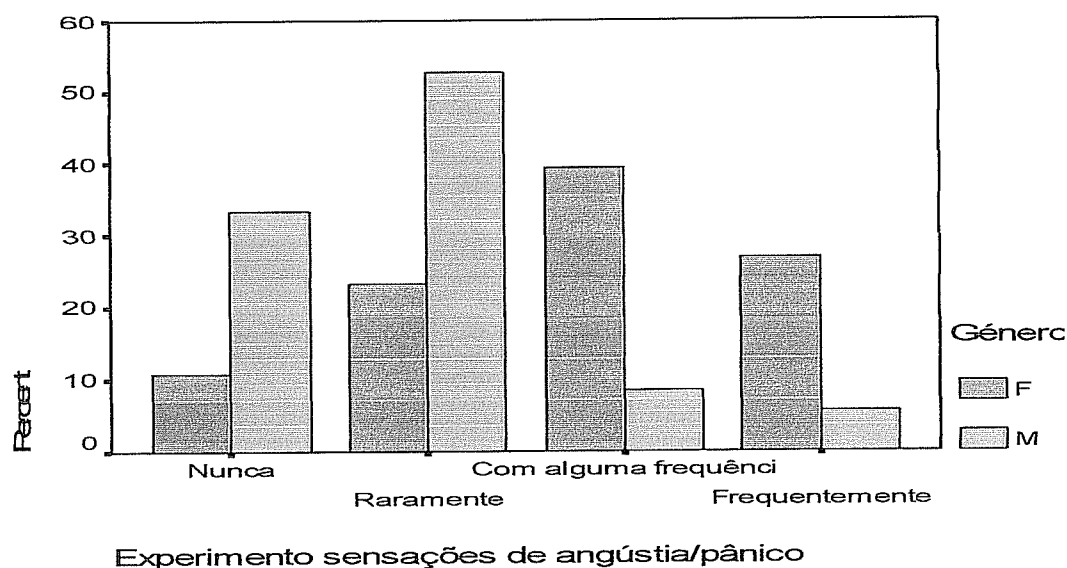
Graf.23- Item D6: Respostas dos sujeitos segundo o género

Podemos constatar que muitos sujeitos referiram não esperar as coisas com satisfação, nomeadamente os que tinham neoplasia do estômago, da mama, Mieloma Múltiplo, do ovário, do pulmão e vesical (gráfico 24). Muitos dos que tinham neoplasia do cólon, da mama, da prostata e do pulmão referiram esperar as coisas com satisfação, estes três últimos em menor número do que os que não esperam.



Graf.24- Item D6: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

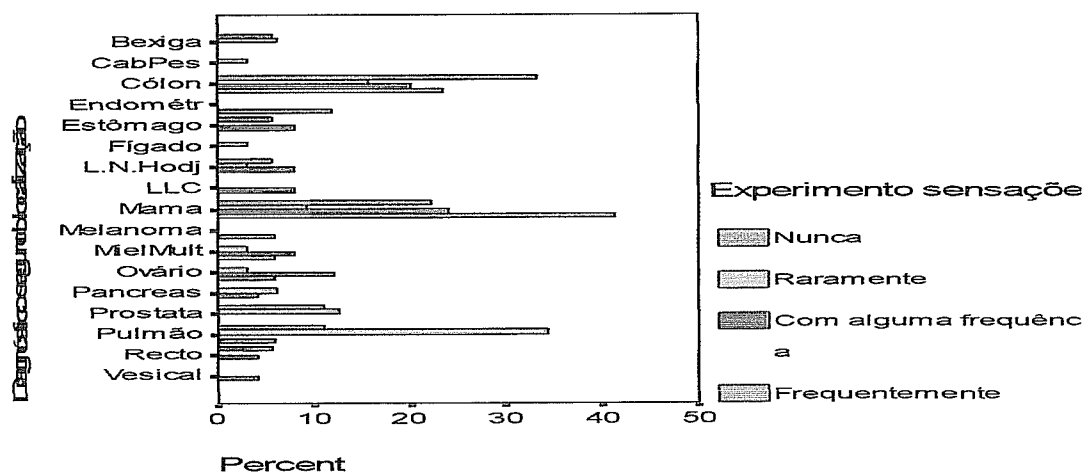
A7. *Experimento sensações de angústia/pânico*: é um item pertencente à escala de ansiedade, que se refere à ansiedade psíquica, à tensão interior e à antecipação do perigo. 18% dos sujeitos experimentam estas sensações frequentemente e 27% com alguma frequência. 35% raramente o experimentam e 20% nunca o experimentam. Foram observadas diferenças significativas entre os sexos em todas as respostas deste item, como se pode observar no gráfico 25. Enquanto que o sexo masculino se sobrepõe ao feminino nas respostas “nunca” e “raramente”, o sexo feminino tem maior relevância quando a resposta dá conta da maior frequência com que se experimentou as sensações referidas.



Graf.25- Item A7: Respostas dos sujeitos segundo o género

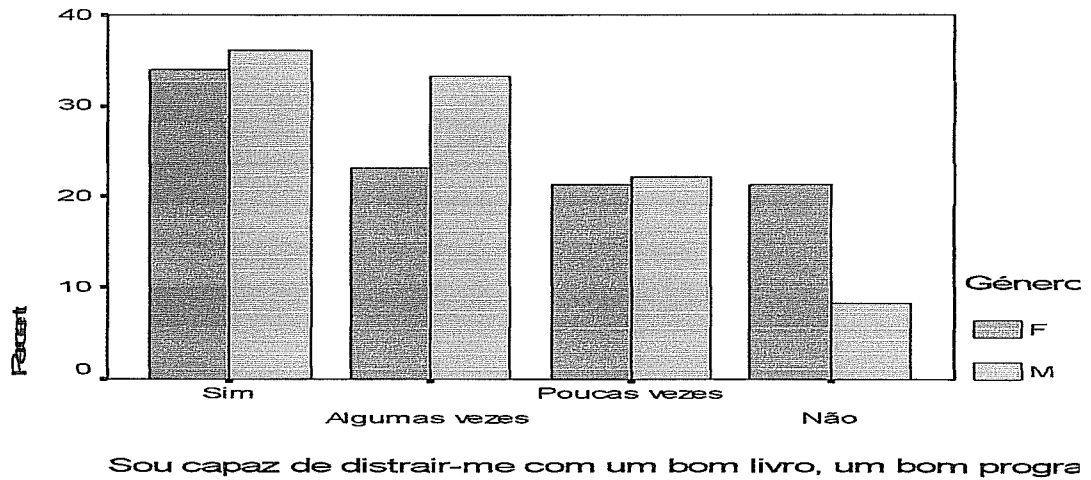
Constatou-se que os sujeitos que referiam sentir-se mais angustiados eram sobretudo os que tinham neoplasia do cólon, do endométrio e da mama. No entanto, no que se refere aos sujeitos que tinham neoplasia do cólon há que salientar que grande parte

deles referiu não experimentar as referidas sensações, bem como a maior parte dos sujeitos com neoplasia do pulmão, que raramente experimenta as referidas sensações (gráfico 26).



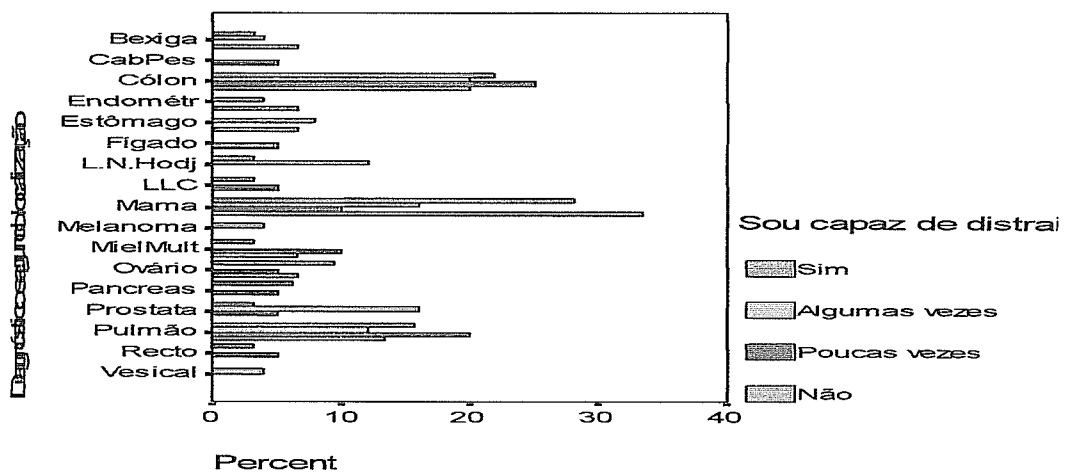
Graf.26- Item A7: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

D7. Sou capaz de distrair-me com um bom livro, com um bom programa de rádio ou televisão: o item pertence à escala de depressão. Relaciona-se com a capacidade de concentração e com o nível de interesse nas actividades. 16% dos sujeitos não conseguem distrair-se e 22% poucas vezes o conseguem fazer. 35% conseguem fazê-lo e 27% só se conseguem distrair algumas vezes. É notória uma diferença intra-sexos na resposta que dá conta da incapacidade de distracção (gráfico 27). Os sujeitos do sexo masculino que referem essa incapacidade são em menor número que as mulheres. Nas respostas que dão conta dessa capacidade também os homens são em maior número que as mulheres.



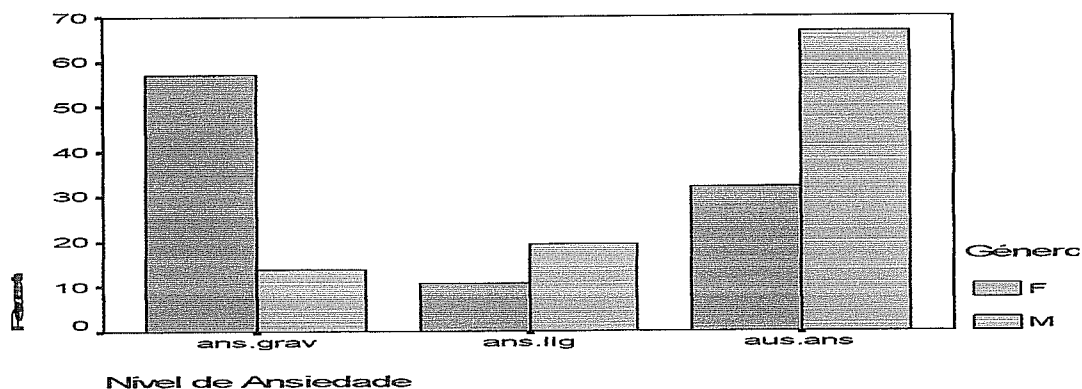
Graf.27- Item D7: Respostas dos sujeitos segundo o género

Grande parte dos sujeitos com neoplasia da mama refere incapacidade para se distrair, no entanto uma importante percentagem refere essa capacidade. O mesmo acontece com os sujeitos com neoplasia do cólon e do pulmão, no entanto nos sujeitos com estes diagnósticos, as diferenças entre respostas não são tão acentuadas, como se pode observar no gráfico 28.



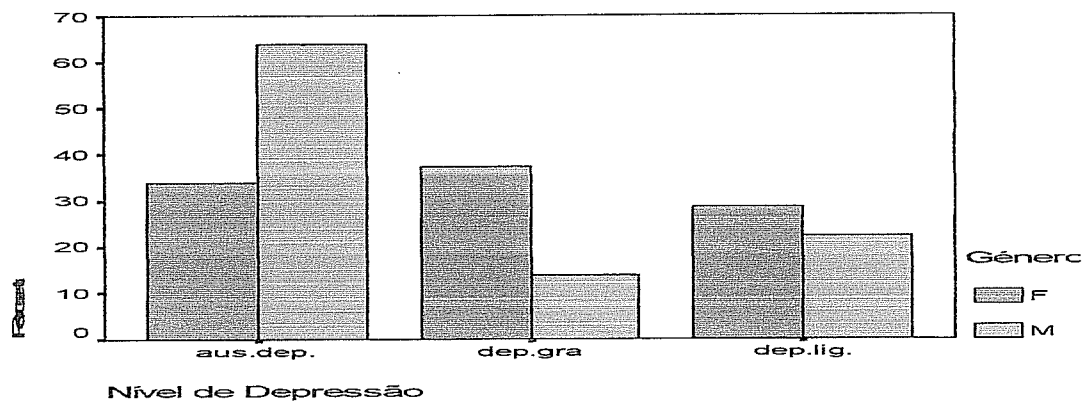
Graf.28- Item D7: Respostas dos sujeitos segundo o diagnóstico

Aquilo que se verificou quanto aos níveis de ansiedade presentes nestes doentes, foi que 40% deles sofriam de ansiedade grave e 14% de ansiedade ligeira. 46% não manifestaram ansiedade. Verificou-se que, dos 37 sujeitos que apresentavam ansiedade grave, 32 eram do sexo feminino (apenas 5 do sexo masculino); dos 42 que manifestaram ausência de ansiedade, 24 eram do sexo masculino.



Graf. 29- Nível de Ansiedade global segundo o género

Relativamente ao nível de depressão, verificou-se que 28% dos sujeitos tinham depressão grave, 26% depressão ligeira e 46% não apresentavam depressão.



Graf.30- Nível de Depressão global segundo o género

Analisando conjuntamente as escalas, podemos constatar que, 29 sujeitos não têm nem depressão nem ansiedade e que 19 apresentam depressão e ansiedade grave.

9. Discussão

Os acontecimentos de vida e os sinais depressivos têm bastante relevância quando se aborda a origem multifactorial do cancro. Um dos maiores interesses da investigação epidemiológica, é a obtenção, pelo método estatístico, de dados que possam ser considerados como indicadores destinados a ter em conta de modo fiável, na análise da população (neste caso, doentes oncológicos).

Sabe-se que a epidemiologia do cancro se inicia com a medição da frequência dos tumores na população e descrição das características mais elementares dos indivíduos afectados.

A epidemiologia da ansiedade e depressão em doentes oncológicos, consistirá na medição da frequência de ansiedade e depressão nestes doentes e na descrição das características mais relevantes dos sujeitos supracitados.

Numa primeira etapa essencialmente descritiva, surgiram algumas questões sobre os resultados observados. Desta forma foi possível identificar alguns factores associados com a presença de ansiedade e depressão em sujeitos com diferentes diagnósticos, assim como conhecer algumas condições individuais e/ou de grupo que predispõem a ocorrência de ansiedade e depressão.

O resultado final deste tipo de estudos, consiste na valorização do risco que a exposição de determinada população – doentes oncológicos – a condições específicas pode comportar, ao avaliar o perigo individual em função da sua pertença a um grupo social determinado. A aplicação prática da epidemiologia, permitirá identificar as medidas que deveriam adoptar-se e os grupos que dentro da população estariam especialmente protegidos.

De acordo com os dados desta pesquisa, foi possível constatar, que a maioria dos sujeitos avaliados (63) se encontrava emocionalmente perturbada (diagnóstico realizado com base na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, que ao englobar uma Escala de Ansiedade e uma Escala de Depressão, pode ser usada como instrumento de avaliação de perturbação emocional, como anteriormente foi dito).

Dos sujeitos que apresentavam perturbação emocional, a maioria era do sexo feminino (como se pode verificar na tabela 1).

		Ausência de Perturbação	Presença de Perturbação	Total
Género	F	12	44	56
	M	17	19	36
Total		29	63	92

Tabela 1. *Distribuição da Perturbação Emocional segundo o Género*

A partir da análise dos 63 sujeitos que estavam emocionalmente perturbados, constatou-se que, relativamente aos antecedentes, 25 tinham antecedentes de depressão e a maioria referiu a existência de antecedentes oncológicos familiares. No período em que responderam à entrevista, 21 faziam medicação ansiolítica e/ou anti-depressiva.

Da globalidade dos sujeitos, 42 faziam quimioterapia adjuvante, 10 neo- adjuvante e 11 quimioterapia paliativa. 11 deles eram recidivas e mulheres. Também se constatou que, 35 tinham antecedentes oncológicos familiares (27 destes do sexo feminino) e 42 queixaram-se de dores (30 destes do sexo feminino).

Verificou-se também, que 4 sujeitos com perturbação emocional viviam sozinhos e 4 viviam num lar, 2 tinham antecedentes de depressão e eram recidivas.

Dos 15 que tinham antecedentes de depressão e antecedentes oncológicos familiares, 12 faziam medicação ansiolítica ou anti depressiva; 20 embora referissem ter antecedentes oncológicos familiares, não tinham antecedentes de depressão. 6 sujeitos tinham simultaneamente antecedentes oncológicos familiares e perdas afectivas e 6 tinham dores e perdas afectivas. A maioria dos sujeitos queixava-se de dores. Dos sujeitos que referiram ter perdas afectivas recentes, a maioria estava emocionalmente perturbada, recorrendo ao choro. Para 29 sujeitos perturbados a qualidade do sono era má.

Quanto aos antecedentes depressivos, verificou-se que 26 sujeitos tinham antecedentes de depressão. Destes, 19 apresentavam ansiedade grave e 4 ansiedade ligeira. 3 sujeitos embora com antecedentes de depressão não apresentam ansiedade. Detectou-se perturbação emocional na maioria dos sujeitos, pertencendo a maioria destes ao sexo feminino. Dos que apresentam perturbação emocional, 25 revelaram ter antecedentes de depressão e 21 encontravam-se a fazer medicação ansiolítica ou anti-depressiva.

Também se pode constatar que dos 92 sujeitos avaliados, 23 faziam medicação ansiolítica ou anti-depressiva, 26 referiram antecedentes de depressão mas os que se encontravam a fazer medicação eram 23. Também se verificou que 3 sujeitos que se encontravam a fazer medicação, não revelaram ansiedade e que 5 embora registando ausência de depressão, se encontravam a fazer medicação ansiolítica ou anti-depressiva.

Dos 15 sujeitos que referiram ter perdas afectivas recentes, 6 deles obtiveram valores elevados na escala de ansiedade - ansiedade grave - e outros tantos foram diagnosticados com ausência de ansiedade. Relativamente aos níveis de depressão, 4 preenchem os critérios para o diagnóstico de depressão grave (segundo a escala) e 9 apresentavam depressão ligeira.

Na sua totalidade, incluindo os que não manifestaram nem ansiedade, nem depressão, 34 referiram a má qualidade do sono, sendo a maioria deles os que tinham depressão e ansiedade grave.

Dos 17 sujeitos que se tratavam de recidivas, 9 não apresentavam ansiedade, 6 apresentavam ansiedade grave e 2 ansiedade ligeira. Quanto à depressão, 10 não apresentavam depressão e os restantes (7) apresentavam depressão grave ou depressão ligeira.

A maioria dos sujeitos com diagnóstico de ansiedade grave, referiu ter antecedentes oncológicos familiares. Quanto aos que apresentavam depressão grave, também se verificou que a maioria tinha antecedentes oncológicos. A maioria dos sujeitos com antecedentes oncológicos familiares apresenta perturbação emocional e entre os sujeitos perturbados emocionalmente, a maioria queixa-se de dores.

Relativamente à presença de dor, verificou-se que a maioria dos sujeitos referiu sentir dores, sendo essa queixa mais comum nos indivíduos com diagnóstico de ansiedade grave. Quanto ao diagnóstico de depressão, verificou-se que os indivíduos cujo diagnóstico era depressão grave ou ligeira também referiam dores.

Dos sujeitos que referiram ter perdas afectivas recentes, a maioria estava emocionalmente perturbada, recorrendo ao choro. Para 29 sujeitos perturbados a qualidade do sono era má.

Relativamente à qualidade do sono, também se verificou-se que, ainda que tivessem ausência de depressão e ansiedade, 34 sujeitos referiram a má qualidade do sono, no entanto a maioria dos sujeitos que a referiu, tinha ansiedade e depressão graves.

Também a maioria dos sujeitos referiu sentir dores, no entanto a queixa era mais comum nos doentes com ansiedade grave e depressão grave ou ligeira.

Relativamente aos antecedentes de depressão, detectaram-se 26 sujeitos com antecedentes depressivos, mas apenas 23 faziam medicação ansiolítica ou anti-depressiva. Dos que tinham antecedentes de depressão, 19 tinham ansiedade grave e 4 ansiedade ligeira. 3 dos sujeitos que referiram ter antecedentes depressivos, na altura da avaliação não apresentavam ansiedade e 5 dos que não apresentavam depressão, faziam medicação para o efeito.

Dos sujeitos que revelaram ter perdas afectivas recentes, 6 deles obtiveram valores elevados na escala de ansiedade- ansiedade grave- e outros tantos ausência de ansiedade; 4 tinham depressão grave e 9 tinham depressão ligeira. Há que referir que a maioria deles estava emocionalmente perturbada.

Também se verificou que das 17 recidivas, 11 tinham perturbação emocional e 8 tinham diagnóstico de ansiedade, sendo 6 ansiedade grave.

Na globalidade podemos constatar que os sujeitos com perturbação emocional (63) apresentavam as seguintes características:

- ▶ a faixa etária predominante era dos 61 aos 70 anos;
- ▶ grande parte vivia com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos;

- ▶ 25 tinham antecedentes de depressão (20 do sexo feminino);
- ▶ 21 faziam medicação ansiolítica e/ou anti-depressiva;
- ▶ 13 referiram ter perdas afectivas recentes;
- ▶ 29 referiram a má qualidade do sono (24 do sexo feminino);
- ▶ 18 referiram não chorar (13 do sexo masculino);
- ▶ à excepção dos que tinham diagnóstico de neoplasia da cabeça/pescoço, todos os outros encontravam-se emocionalmente perturbados;
- ▶ 11 eram recidivas e pertenciam ao sexo feminino;
- ▶ 35 tinham antecedentes oncológicos familiares (27 do sexo feminino);
- ▶ 42 queixaram-se de dores (30 do sexo feminino).

Analisando as escalas separadamente, obtemos níveis de ansiedade e níveis de depressão. Face aos níveis de ansiedade, verifica-se que, na sua totalidade, há um grande número de sujeitos que manifesta ausência de ansiedade. Entre estes destacam-se os sujeitos com neoplasia na bexiga, cabeça/pescoço e fígado. À

excepção dos referidos e dos que tinham neoplasia no pâncreas e na próstata, todos os outros manifestaram ansiedade grave em maior ou menor número.

Na tentativa de caracterizar o grupo que apresentava ansiedade grave, efectuaram-se alguns procedimentos estatísticos.

		Nível de Ansiedade			Total
		ans.grav	ans.lig	aus.ans	
Género	F	32	6	18	56
	M	5	7	24	36
Total		37	13	42	92

Tabela 2. Distribuição da Ansiedade segundo o Género

Relativamente aos 37 sujeitos com ansiedade grave verificou-se que a maior parte deles (32) pertencia ao sexo feminino e vivia com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos; 19 tinham antecedentes de depressão; 17 faziam medicação ansiolítica e/ou anti-depressiva (15 do sexo feminino e 2 do sexo masculino). Constatou-se que apenas 6 referiam ter perdas afectivas recentes; 23 (21 do sexo feminino e 2 do sexo masculino) referiram a má qualidade do sono e apenas 6 referiram não chorar. Estes sujeitos tinham diagnósticos tão diversos como: neoplasia do cólon, do endométrio, do estômago, Linfoma Não Hodgkin, Leucemia Linfática Crónica, neoplasia da mama,

Melanoma, Mieloma Múltiplo, neoplasia do ovário, do pulmão, do recto e vesical. 6 dos sujeitos eram recidivas, todos do sexo feminino e 28 tinham antecedentes oncológicos familiares (25 do sexo feminino). Dos que tinham antecedentes oncológicos familiares, 14 tinham também antecedentes de depressão, 12 encontravam-se a fazer medicação ansiolítica ou anti-depressiva e 5 referiam perdas afectivas recentes. 29 sujeitos referiam a presença de dor (26 deles do sexo feminino); 3 viviam num lar. A faixa etária predominante era dos 61 aos 70 anos.

Dos 37 sujeitos que foram diagnosticados com ansiedade grave, apenas 6 referiram nunca chorar. Importa também salientar que, embora na escala alguns sujeitos não obtivessem pontuação suficiente para ser classificada de ansiedade, muitos deles referiram chorar, o que também se verifica em alguns dos sujeitos em que a ansiedade é ausente.

Relativamente aos sujeitos que apresentam ansiedade grave, há que salientar que a maioria se referiu à má qualidade do sono.

A ansiedade é uma perturbação provocada sobretudo pelas pressões da vida diária. Muitos investigadores chegam mesmo a apontá-la como a perturbação com maior peso como prova científica, ao relacioná-la com o início de doença e o decorrer da recuperação. Sabe-se que durante a tensão, as respostas hormonais suprimem certas funções imunitárias, tomando as pessoas mais susceptíveis. Quando a ansiedade persiste, a actividade do sistema imunitário pode estar deprimida.

Na tentativa de agrupar também os sujeitos com depressão, efectuaram-se os mesmos procedimentos de modo a obter as características mais relevantes que caracterizassem o grupo. Houve um grande número de sujeitos que manifestou ausência total de depressão (42). Os restantes sujeitos (50), manifestaram níveis de depressão grave ou ligeira (como se pode observar na Tabela 3).

		Nível de Depressão			Total
		aus.dep.	dep.gra	dep.lig.	
Género	F	19	21	16	56
	M	23	5	8	36
Total		42	26	24	92

Tabela 3. Distribuição da Depressão segundo o Género

Entre os que manifestaram depressão, estavam sujeitos com diagnóstico de neoplasia da mama, do estômago, do pulmão e do ovário. Há que salientar que os indivíduos que apresentavam depressão grave tinham antecedentes oncológicos familiares.

Acerca dos sujeitos com depressão grave (26) podemos verificar que a maioria dos sujeitos pertencia à faixa etária entre os 61 e os 70 anos; a maioria vive com o cônjuge e pertence ao sexo feminino; 13 deles têm antecedentes de depressão e são do sexo feminino; 11 encontravam-se a fazer medicação ansiolítica e/ou anti-depressiva (todos

eles do sexo feminino); 4 referiram perdas afectivas recentes (todos do sexo feminino); 16 referiram-se à má qualidade do sono (15 do sexo feminino); apenas 7 disseram nunca chorar. Os diagnósticos dos sujeitos com depressão grave eram: neoplasia da bexiga, do cólon, estômago, Linfoma Não Hodgkin, neoplasia da mama, Mieloma Múltiplo, neoplasia do ovário, do pâncreas, próstata e pulmão. 3 dos sujeitos eram recidivas; 18 tinham antecedentes oncológicos familiares (16 deles do sexo feminino); 19 queixaram-se de dores (15 deles do sexo feminino).

10. Conclusão

Os pacientes com cancro têm abundantes motivos para serem estudados sob a perspectiva psicossomática: padecem de uma doença grave, conhecem o seu diagnóstico, a incapacidade que advém da doença é trágica para a família e custosa para a sociedade, necessitam de vigorosos tratamentos com muitos efeitos secundários (cirurgia radical, deformações, desequilíbrios metabólicos), as conotações míticas e o estigma social da doença são evidentes.

Estes doentes, padecem de uma doença mortal na maioria dos casos e a sua possibilidade de sobrevivência é dada pela efectividade dos tratamentos, que produzem na maioria das vezes uma cota de sofrimento agregado.

"(...) Estou sempre a pensar se isto não estará já espalhado pelo corpo todo"

Os doentes oncológicos são pessoas que atravessam uma situação vital de risco e a capacidade de elaborar o adoecer, depende do seu ajustamento emocional. As atitudes, expectativas e percepções inadequadas, podem influenciar a capacidade de adaptação.

Nas sociedades ocidentais cada dia que passa há mais doentes com cancro. Podemos em muito casos paliar e retardar a morte, mas não evitá-la. Nem tão pouco eliminar o sofrimento, impregnado de aspectos cognitivos e emocionais.

"(...) Estou bem!... Bem mal!" (sic)

Um dos riscos maiores da quimioterapia, é a possibilidade do doente rejeitar o tratamento. A rejeição pode conduzi-lo à morte, de modo que, são doentes que por norma se submetem às decisões terapêuticas da equipa de saúde. Esta submissão incondicional, conduz a uma indiferenciação, a uma incapacidade de lutar, criando de certa forma uma dependência conformista.

"(...) Faço aquilo que for preciso. O que acharem ser o melhor para mim é aquilo que eu faço (...)" (sic)

As complexas situações pessoais, médicas e terapêuticas com que estes pacientes se confrontam, deixam-nos particularmente susceptíveis ao aparecimento de problemas e complicações psíquicas ou psicossociais importantes e a uma franca diminuição da sua qualidade de vida.

"(...) No dia a seguir parecia que não tinha nada... parecia..." (sic)

As emoções têm que ver com os temas básicos de preocupação destes pacientes: o medo de morrer, a deterioração física e a dor. Também a esperança de cura (primeiro), de ter uma sobrevivência duradoura (depois) e finalmente de ter uma boa qualidade de vida e morrer sem dor.

"(...) Isto é só para não piorarmos, curados nunca ficamos!" (sic)

Existem muitos mitos sobre o cancro e sobre o modo como a pessoa reage ao diagnóstico: “todas as pessoas com cancro estão deprimidas; a depressão em pessoas com cancro é normal; os tratamentos não ajudam; todas as pessoas com cancro sofrem uma morte dolorosa”. A tristeza é comum nestes doentes, mas é importante distinguir os graus de tristeza.

A resposta emocional da pessoa com diagnóstico de cancro pode incluir sentimentos de incredulidade, negação e desespero.

Kubler-Ross (cit. por Marques, 2002) constatou que a generalidade dos seres humanos atravessa uma sucessão de estados quando confrontados com a sentença de doença de mau prognóstico: primeiro o doente nega e isola-se, a angústia e a revolta são dominantes, na fase seguinte segue-se um período de tentativa de negociação e compensação, deprime-se e antecipa o luto, a seguir e por fim cai ou atinge um estado de maior paz interior e aceitação.

É muito difícil para um doente oncológico aceitar falar de outra coisa que não seja a doença.

“(...) Descobri o durrão no peito e fui ao médico no dia a seguir. Fiz exames e fizeram-me o diagnóstico. Fui operada e correu tudo muito bem. Comecei a trabalhar mas entretanto tive que iniciar a quimioterapia e parei devido aos efeitos secundários, que de resto não se têm manifestado. Quando começar a radioterapia não vou

trabalhar, mas depois, enquanto esperar pela cirurgia reconstrutiva, vou trabalhar. Não há necessidade de estar parada! (...)" (sic)

Chegou-se à conclusão que muitos doentes oncológicos têm tendência a reprimir as reacções emocionais. Adoptam um discurso racional ou anti-emocional, que traduz de certo modo a sua forma de agir. Usam a racionalização e a intelectualização como forma de expressão, uma vez que apresentam dificuldade em exprimir as emoções.

O conceito de que as emoções têm uma influência preponderante na eclosão das doenças oncológicas é defendido por alguns autores de há alguns anos para cá.

Actualmente é inegável que a depressão está associada a um aumento tanto da morbilidade, quanto da mortalidade em humanos. Tem sido relatado que o humor depressivo e mesmo certas perturbações emocionais, estão associados ao risco de contrair cancro. A associação entre depressão e cancro tem sido verificada em pacientes com diagnóstico primário de perturbações afectivas. Tem sido também objecto de estudo médico, o facto da depressão piorar as condições clínicas do luto; e as situações de luto têm sido agregadas a disfunções imunitárias.

Uma perda sentida como irreparável e persistente pode favorecer o aparecimento de sentimentos de tristeza, mágoa e depressão. Factores como o inesperado, o imprevisto, a ausência de suporte social juntamente com perda ou doença, e a tendência individual

à tristeza, podem ser factores de mau prognóstico.

Os autores levantam a hipótese de que os estados afectivos possam causar efeitos psicoimunitários e que múltiplas partes do sistema imunitário são sensíveis a estes afectos.

Sabe-se que a acumulação de traumatismos (sofrimentos psíquicos), quando é maior que aquilo que o indivíduo possa suportar, pode levar à somatização- doença. Nesta sequência, compreende-se que certas situações vivenciais negativas (situações stressantes por exemplo) podem ter repercursão emocional, que, em situação de doença grave, ao ser por vezes reprimida ou suprimida (por incapacidade de elaboração do aparelho mental e porque subvalorizada em relação à doença orgânica), não permite estabelecer conexões entre os acontecimentos externos (situações traumatizantes) e a resposta emocional que aparece no sujeito. É como se o sujeito não se conhecesse a si próprio.

A desregulação dos processos imuno-neurobiológicos, nos pacientes deprimidos, parece ser devida a uma certa vulnerabilidade genética, somada aos estímulos do meio ambiente e aos eventos psicossociais nocivos que sobre eles incidem.

O cérebro e o sistema imunitário formam uma rede de comunicações bidireccionais, na qual o sistema imunitário opera como um órgão sensorial difuso, informando o cérebro acerca dos eventos do corpo. Isso permite a activação das células no sentido de

produzir modificações fisiológicas, comportamentais, afectivas e cognitivas que são, colectivamente, chamadas de perturbação de adaptação, cuja função é promover o ajustamento individual à existência. Se este ajustamento acontece, a doença cumpriu seu papel de adaptação. Contudo, se a adaptação não é conseguida, a doença segue seu curso.

Quando existe esta incapacidade de elaboração, é porque os sinais de alerta – ansiedade sinal e depressão sinal – não são processados pelo aparelho mental. A ansiedade antecipatória não exerce a sua função adaptativa e a depressão antecipada também não.

Por exemplo, a dor subjacente a uma doença, que inicialmente é bem tolerada, pode tornar-se intolerável se um estado depressivo se sobrepõe.

Constatou-se que as pessoas que se confrontam com o diagnóstico de cancro, experimentam diversos níveis de stress (o stress da doença em si, desenvolvido no corpo e o stress dos tratamentos) e de perturbações emocionais. O medo da morte e a alteração dos planos futuros, as mudanças de imagem corporal, a diminuição da auto-estima, as mudanças no papel social e no estilo de vida, assim como as preocupações económicas e legais, são assuntos importantes.

“(...) Não posso sequer imaginar que vou ficar sem cabelo” (sic)

“(...) Tem a certeza que o cabelo me vai cair?” (sic)

“(...) O cabelo até pode não cair, depende de como eu reagir ao tratamento, não é?”

(sic)

Estar cronicamente doente é muito doloroso para o paciente, pelo sofrimento, limitações e sensação de impotência por tempo indeterminado que a própria doença provoca. A dificuldade em aceitar a condição de doente crónico gera grande ansiedade. A angústia que acompanha esta consciencialização do “estar doente” é muito intensa. Vários mecanismos são utilizados pelo indivíduo no combate a esta angústia, sendo o mais comum a negação. Reacções de isolamento e crises depressivas são respostas comuns, no entanto, nem todas as pessoas com diagnóstico de cancro experimentam depressão grave.

“(...) Nunca na minha vida estive doente. Ninguém podia imaginar que isto me ia acontecer!” (sic)

“(...) Não sentia nada, por isso é que a doença foi avançando... o mal já estava cá!” (sic)

Um erro que frequentemente se comete, é assumir que a depressão e a ansiedade representam nada mais que reacções compreensíveis por parte de quem padece de uma doença incurável. Quando a cura não é possível, a aproximação psicossomática que se devia adoptar para os sinais e sintomas físicos e psicológicos, é frequentemente esquecida.

Os doentes desejam, a maior parte das vezes, curar as suas perturbações físicas. O sintoma somático permite-lhes uma descarga emocional. Parece que ao transmitir uma parte da sua energia psíquica à esfera física, se conseguem libertar-se dos seus conflitos. Com a ajuda da doença conseguem manter-se numa espécie de equilíbrio instável e doloroso.

Toda a descarga emocional se repercute nas funções corporais.

Quer na esfera somática, quer nas relações com os outros, observou-se uma labilidade do comportamento. São indivíduos que fixam um objectivo ou permitem que lho imponham, mas permanecem volúveis devido à falta de confiança. Estão de tal forma persuadidos e absorvidos na natureza orgânica da sua afecção, que descuram muitas vezes a sua perturbação emocional.

As alterações cognitivas e emocionais nestes doentes, reflectem quer os efeitos biológicos, quer os psicológicos das condições médicas e do tratamento. As reacções psicológicas de ajustamento, depois do diagnóstico, incluem medo e raiva. Normalmente são sintomas que se resolvem através dos recursos pessoais do indivíduo, com algumas semanas de ajuda familiar e cuidados profissionais.

São doentes que vivem com muita frequência momentos de grande angústia e incerteza relacionados com a evolução da sua doença. Em muitos casos, devido a um certo grau de fragilidade do eu, as tomadas de decisão são dificultadas.

É evidente que os factores inerentes à situação actual, modulam necessariamente as respostas produzidas.

A questão dos factores internos, próprios da história pessoal, pode ou não ser abordada. Nas entrevistas individuais realizadas, os referidos factores não foram abordados. Só a partir do desenvolvimento do indivíduo, acompanhado ao longo de várias sessões, se poderá falar da presença de afectos ligados à evocação de situações potencialmente traumáticas, que poderão revelar, se a vida afectiva de um sujeito que desenvolve cancro, se relaciona com as observações verificadas a partir de um estudo epidemiológico. A investigação realizada permitiu no entanto, revelar as condições ou características que predis põem a ocorrência de ansiedade e depressão.

De acordo com os dados desta pesquisa, chegou-se à conclusão de que o sexo masculino manifestou uma ausência total de tensão ou nervosismo, ao invés do sexo feminino cujos referidos sintomas se manifestam “quase todo o dia”. Este item ao traduzir a preocupação e apreensão dos sujeitos, permite concluir que estes sintomas se manifestaram no sexo feminino, nomeadamente nos sujeitos que tinham como diagnóstico, neoplasia da mama, do cólon, do pulmão e do ovário.

Relativamente ao interesse pessoal nas actividades, verificou-se que é no sexo feminino onde mais se nota. A ausência total de interesse foi manifestada por sujeitos que tinham neoplasia da mama, do cólon, do pulmão e Linfoma Não Hodgkin.

Ao analisar o modo como o sujeito vê o futuro (através do item A2), podemos constatar que os sujeitos mais receosos pertencem na sua maioria ao sexo feminino e têm como diagnóstico, neoplasia da mama e do cólon. Este item também dá conta da ansiedade psíquica e da angústia, do desespero e da antecipação do pior (que também se pode aferir a partir da análise do item D6). Pode-se concluir que 10% dos sujeitos não esperam as coisas com satisfação, ou seja antecipam o pior, não têm esperança no futuro (a maioria destes do sexo feminino, com diagnósticos tão variados como, neoplasia do estômago, da mama, do ovário, do pulmão, vesical e Mieloma Múltiplo).

Do item D2, pode-se concluir que a maioria dos sujeitos que revela incapacidade para rir e ver o lado bom das coisas, pertence ao sexo feminino, tem diagnóstico de neoplasia da mama e da bexiga.

39% dos sujeitos refere estar preocupado durante todo dia (a maioria destes do sexo feminino). Dos que não referiram preocupações, destacam-se aqueles que tinham neoplasia do pulmão e da próstata, maioritariamente do sexo masculino. Os que manifestaram preocupação, tinham neoplasia da mama e do cólon. Conclui-se que os sujeitos do sexo feminino referiram mais preocupação.

Ao analisar o humor, a tristeza, concluiu-se que na maioria dos diagnósticos houve quase sempre uma percentagem de sujeitos que referiu nunca sentir alegria. 25% dos sujeitos referiram nunca sentir-se alegres, a maioria destes do sexo feminino, distando em muito do sexo masculino. Conclui-se: para os sujeitos do sexo feminino é mais difícil sentir alegria.

A vontade de chorar está intimamente relacionada com a tristeza. 59% dos sujeitos admitem chorar. Dos que tinham ansiedade grave, apenas 6 referiram não chorar e foram também 6 os que tinham depressão grave que referiram não chorar. Relativamente à frequência com que choram, verificou-se que os ansiosos choram mais que os deprimidos.

Sabe-se que os sujeitos com ansiedade, choram por impotência e sobrecarga de tensão, de tal forma, que depois da eclosão emotiva, sentem-se mais tranquilos. Pelo contrário, os depressivos choram por tristeza e desesperança. Depois de chorarem não ficam a sentir-se melhor. O facto de a maioria dos sujeitos se sentirem triste, mas não revelarem vontade de chorar, pode dar conta de uma certa anestesia afectiva por parte de quem padece de doença oncológica (sente-se triste mas é incapaz de chorar).

Relativamente à agitação psicomotora, pode-se concluir que alguns sujeitos revelaram incapacidade de repousar, todos estes do sexo feminino e com diagnóstico de neoplasia da mama, do endométrio e Mieloma Múltiplo. Alguns sujeitos com neoplasia do pulmão, referiram que raramente conseguem repousar. A agitação psicomotora também pode ser aferida a partir da análise do item A6, que coloca o sexo feminino e o diagnóstico de neoplasia da mama, do pulmão e Mieloma Múltiplo à frente do sexo masculino e dos outros diagnósticos.

84% dos sujeitos referiram cansaço, sendo os do sexo feminino aqueles que manifestaram mais cansaço, nomeadamente os que tinham diagnóstico de neoplasia da mama, do cólon, do ovário e do pulmão. É importante referir que nos sujeitos com

neoplasia do pulmão a percentagem de indivíduos que não manifestou cansaço foi muito baixa.

Com a análise do item A5 tentou-se aceder à angústia e sensações de pânico e chegou-se à conclusão que a maioria dos sujeitos do sexo masculino referiu nunca sentir angústia ou pânico, no entanto 16% referiram ter as referidas sensações com muita frequência, sendo os índices mais elevados nos sujeitos que tinham neoplasia da mama e do cólon, de modo que seriam estes os indivíduos mais angustiados.

Relativamente ao interesse pelo aspecto e aparência pode-se concluir que a perda de interesse é mais notória no sexo feminino, no entanto a maioria dos sujeitos refere não ter perdido o interesse. A maioria dos sujeitos com neoplasia da mama referiu a perda completa de interesse, bem como alguns sujeitos com neoplasia do pulmão e do ovário.

Pode-se concluir que 27% dos sujeitos, maioritariamente do sexo feminino referiram experimentar sensações de angústia/pânico com alguma frequência.

Grande parte dos sujeitos com neoplasia da mama revelou incapacidade para se distrair. 16% do total dos sujeitos revelaram incapacidade para se distrair.

Pertencer ao sexo feminino, ter antecedentes oncológicos familiares, queixar-se de dores e ter antecedentes de depressão, fazer medicação ansiolítica ou anti-depressiva, referir perdas afectivas recentes e ter como diagnóstico, neoplasia da mama, do cólon, do ovário, vesical e Melanoma, foram os factores que melhor traduziram o

diagnóstico de ansiedade grave, pela sua elevada prevalência nos sujeitos com este diagnóstico.

Por sua vez, o diagnóstico de depressão grave pode ser explicado, pela pertença ao sexo feminino, pelos antecedentes oncológicos familiares, pelas dores, pelas perdas afectivas recentes e pelo diagnóstico de neoplasia da mama, do ovário e do pulmão, devido à sua elevada prevalência nos sujeitos com depressão grave.

Consequentemente, no diagnóstico de perturbação emocional, a pertença ao sexo feminino, encontrar-se na faixa etária dos 61 aos 70 anos, os antecedentes oncológicos familiares, as dores, os antecedentes de depressão, as perdas afectivas recentes, o facto de fazer medicação ansiolítica ou anti-depressiva, referir a má qualidade do sono, tratar-se de recidivas do sexo feminino e ter como diagnóstico neoplasia da mama, do cólon, do pulmão, do ovário, vesical, Melanoma, Mieloma Múltiplo e Leucemia Linfática Crónica, são os factores que melhor explicam o diagnóstico, devido à sua elevada prevalência na população de sujeitos perturbados emocionalmente.

Chegou-se à conclusão que nem todos os sujeitos que tinham depressão, faziam medicação ansiolítica ou anti-depressiva e que nem todos os que faziam medicação, apresentavam valores elevados na escala de depressão. Também se concluiu que os sujeitos que referiram a má qualidade do sono eram maioritariamente os que tinham ansiedade e depressão graves.

“(...) Não consigo descansar. Estou sempre a acordar. Ontem à noite acordei às duas horas, às três também, às quatro e às cinco. Está a ver aquilo que dormi!” (sic)

Quer na depressão quer na ansiedade graves, os sujeitos referiram ter antecedentes oncológicos familiares, de modo que se pode concluir que o historial de doença oncológica na família, pode ser um bom preditor de depressão nestes doentes. Ao analisar as recidivas, conclui-se que, as que pertenciam ao sexo feminino apresentavam todas perturbação emocional, as recidivas do sexo masculino não apresentavam perturbação. Também as recidivas no sexo feminino podem constituir um factor de risco para estes doentes.

Todos estes factores são hipotéticos factores de risco que podem causar perturbações psíquicas e emocionais, podem agravar o percurso da doença, afectar a qualidade de vida e piorar o prognóstico da doença. Também tem sido amplamente difundido que certos factores psicológicos de stress social poderiam precipitar, se não causar, o começo da doença.

Nesta situação específica, a doença é que provoca o encontro com o psicólogo. A proximidade com o serviço de quimioterapia, possibilitou contactar os doentes antes de eles pedirem ajuda. A experiência permitiu constatar que o trabalho num serviço de quimioterapia pode revelar-se extremamente útil para os pacientes. Encontrar uma pessoa que consiga escutar as dificuldades, pode ter um efeito apaziguador nestes doentes. A doença organiza toda a relação terapêutica.

As entrevistas permitiram o diálogo, criar um espaço comum para integrar o que os doentes tinham para oferecer, na tentativa de minorar o seu sofrimento. A pessoa se foi incitada a fazê-lo, conta uma história feita de sintomas físicos e psicológicos. A pouco e pouco desenha um quadro bem mais complexo e rico, descrevendo a sua maneira de estar na vida.

É necessário proporcionar a estes doentes uma nova relação; um espaço e um tempo onde se possam reorganizar e transformar, fazendo emergir as emoções e as fantasias contidas, oferecendo-lhes deste modo saída para o problema.

Por todos estes motivos a doença oncológica deve ser encarada numa perspectiva psicossomática.

Referências Bibliográficas

1. Ali Montazeri, e col. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of life Outcomes*, 2003, 1:14. doi: 1186/1477-7525-1-14.
2. Almeida, J. M. & Melo, J. S. (2002) Ética, Espiritualidade e Oncologia, in *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
3. Depression. National Cancer Institute (s.d.).
4. Depression and Cancer. National Institute of Mental Health (2002).
5. Depression in Cancer. Cancer Symptoms Management, 2nd Edition (2002).
6. Don&apost; Miss: Events shed light on depression, cancer. The University Record online. University of Michigan (2004).
7. Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue. OMAR. National Institutes of Health (s.d.).

8. Prevalence, Predictors and Risk Factors of Anxiety and Depression in Cancer Patients. A nation- vide survey. Retraived June, 23, 2004 from the World Wide Web: [http:// www.asco.org](http://www.asco.org). (s.d.)
9. Symptom Management in Cancer: Pain, Depression and Fatigue. National Institutes of Health. July 15-17, 2002.
10. Terapias contra el cancer. *Retraived May, 29, 2004 from the World Wide Web: [http:// elmundosalud.elmundo.es](http://elmundosalud.elmundo.es).*
11. Andreu, Y. (2002) Personalidad Tipo C. Historia e Validez del Concepto, in *Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi.*
12. Ballone (2001) Da Emoção à Lesão. Retraived October, 30, 2003 from the World Wide Web: [http:// www.gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica](http://www.gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica).
13. Barraclough, J. ABC of Paliative Care: Depression, Anxiety, and Confusion. *BMJ* 1997; 315: 1365-1368.
14. Benito, M. C. (2002) La Psicoterapia del Paciente Oncológico. Um Modelo de Psicoterapia Dinámica. Retraived November, 12, 2003 from the World Wide Web: [http:// www.psiquiatria.com/](http://www.psiquiatria.com/) .

-
15. Bensousson, M. (2000) *Dépression et Cancer. A propos d'une observation. Collection Recherche en Psychosomatique. Éditions E.D.K. Paris*
16. Besbes, K. e col. (2000) *Les symptômes dépressifs précèdent- ils l'apparition d'une cancer ? Collection Recherche en Psychosomatique. Éditions E.D.K. Paris*
17. Blanco, A.; Antequera, R. & Aires, M. (2002) *Percepción Subjectiva del Cáncer, in Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi.*
19. Bóscan e Barrios (2002) *El cáncer desde la perspectiva de la psiconeuroinmunología. Retraived November, 12, 2003 from the World Wide Web: [http:// www.psiquiatria.com/ articulos/ psicossomatica](http://www.psiquiatria.com/articulos/psicossomatica).*
20. Botega, J. N.; Bio, M. R. et al. (s.d.) *Transtornos do Humor em Enfermaria de Clínica Médica e Validação de Escala de Medida (HAD) de Ansiedade e Depressão.*
21. Cady, S. (2000) *Douleur et Cancer. Collection Recherche en Psychosomatique. Éditions E.D.K. Paris*
22. Carro, A. F. *Quimioterapia complementaria en el cáncer de mama. Adyuvancia, neoadyuvancia. Quimioterapia intensiva. Manejo y efectos secundários. Retraived May, 30, 2004 from the World Wide Web: [http:// www.cirugest.com/revisiones/](http://www.cirugest.com/revisiones/) .*

23. Chiozza, L. (s.d.) Una concepción psicoanalítica del cáncer. Retrieved November, 24, 2003 from the World Wide Web: [http:// www.funchiozza.com/ libros/cancer/ capitulo11.htm](http://www.funchiozza.com/libros/cancer/capitulo11.htm).
24. Chiozza, L. (s.d.) Acerca de algunas críticas a “Psicoanálisis e Cancro” y a “Corpo, affecto e linguaggio”. Retrieved November, 24, 2003 from the World Wide Web: [http:// www.funchiozza.com/ libros/cancer/ capitulo10.htm](http://www.funchiozza.com/libros/cancer/capitulo10.htm).
25. Costa, L. (2004) O Cancro também pode morrer. Porto: Ambar.
26. Dahlén, I. & Janson, C. Anxiety and Depression are Related to the Outcome of Emergency Treatment in Patients with Obstrutive Pulmonary Disease. *Chest*. 2002; 122: 1633-1637.
27. Dias, M. R. (2002) Cancro da Mama: a (contra) informação dos Mass Media?, in *Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi*.
28. Die Trill, M. (2002) La Formación en Psico- Oncología, in *Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi*.
29. Die Trill, M. (2002) Cultura y Cáncer, in *Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi*.

30. Durá, E. & Hernández, S. (2002) Programas de Apoyo Social para Enfermos Oncológicos, in *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
31. Ferreira, A. (1999) SPSS- Manual de Utilização. *Escola Superior Agrária de Castelo Branco*.
32. Fossã, S. e col. Fatigue, Anxiety, and Depression in Long-Term survivors of Testicular Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, vol. 21, issue 7 (April), 2003: 1249-1254.
33. Freitas, J.V. & Botega, N.J. Gravidez na Adolescência: Prevalência de Depressão, Ansiedade e Ideação Suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Vol. 48 nº 3 São Paulo July/Sept. 2002
34. Friedman, S. e col. Factor Structure of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale. *The British Journal of Psychiatry* (2002) 181: 165-166.
35. Garcia-Gamba, E. (2000) Psicooncologia. Retrieved November, 12, 2003 from the World Wide Web: [http:// www.psiquiatria.com/ psicologia/vol4num1/art_1.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol4num1/art_1.htm).
36. Gauthier, J-M. (2000) Problèmes techniques et éthiques de l'intervention psychothérapique chez les patients atteints de maladie cancéreuse. Collection Recherche en Psychosomatique. Éditions E.D.K. Paris

37. Gil; Sirgo; Lluch; Maté & Estradé (2002) Intervención Psicológica en Pacientes de Cáncer, in *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
38. Goldman, K. (2000) Epidemiologia, in *Enfermagem em Oncologia* (pp. 23 – 32) 3ª Edição. Lusociência.
39. Grunfeld, E. e col. Routine Follow up Breast Cancer in Primary Care: Randomized Trial. *BMJ* 1996; 313: 665-669.
40. Hernaez e Carrascal (2000) Perspectivas actuales en la investigacion de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer. Retrieved November, 12, 2003 from the World Wide Web: [http:// www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_9.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_9.htm).
41. Holland, J. C. (2003) Psychological Care of Patients: Psycho- Oncology's Contribution. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, No 23s (December 1 Supplement, pp 253s- 265s).
42. Hopwood, P.; Stephens, R. J. Depression in Patients with Lung Cancer: Prevalence and Risk Factors Derived From Quality-of-Life Data. *Journal of Clinical Oncology*, vol. 18, issue 4 (February), 2000: 893.
43. Ibáñez, Valiente & Soriano (2002) Una Historia de la Psico- Oncología: del cáncer a la Psicología e vice-versa, in *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.

44. Johnson, B. (2004) Na Online Zine for Cancer Patients and Professionals. Second Opinions- A Patient 's Thoughts.
45. Justo, J. M. (2002) Uma Perspectiva Psicológica sobre as Doenças Oncológicas: etiologia, intervenção e articulações, in *Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi.*
46. Langhorne, M. (2000) Quimioterapia, in *Enfermagem em Oncologia (pp. 587 – 620) 3ª Edição. Lusociência.*
47. Leal, M. R. Complexo Psicossomático e Psicoterapia Relacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática, vol.2, nº 2, Jun/Dez 2000.*
48. Marques, M. S. (2002) A Passividade Originária e a Fundação da Medicina dos Cuidados Paliativos, in *Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi.*
49. Martínez, E.; Barreto, M. P. (2002) Cuidados Paliativos a la Persona en la Fase Final de la Vida, in *Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi.*
50. Matias, A. (2002) A Organização da Luta Social Contra o Cancro em Portugal. Abordagem Socio- Histórica, in *Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi.*
51. Matos, A. C. (2003) Depressividade e Depressão Falhada, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada. Lisboa, Climepsi.*

52. Matos, A. C. (1968) O Estrabismo como Síntoma de Perturbação da Evolução Afetiva, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
53. Matos, A. C. (1988) A Neurose Obsessiva, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
54. Matos, A. C. Muralha Defensiva e Reserva de Energia, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
55. Matos, A. C. (1990) Patologia Psicossomática: Perspectiva Psicanalítica, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
56. Matos, A. C. (1990) O Inconsciente Primário ou Virtual e a Psicossomática, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
57. Matos, A. C. (1999) Psicossomática de Terceira Geração, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
58. Matos, A. C. (1999) Ser Único e Ter Rosto: O Binómio Resiliente, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
59. Matos, A. C. (1999) Psicanálise, Psicossomática e Imunidade, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.

60. Matos, A. C. (2000) Doenças Psicossomáticas: A Importância do Factor Psicológico, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
61. Matos, A. C. (2002) Esquizoidia e Doença Psicossomática: Conservação de Energia e Inibição da Acção, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
62. Matos, A. C. (2003) Ferida Narcísica e Perda no Self, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
63. McDougall, J. The psychoanalytic voyage of a breast- cancer patient. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.4, nº1, Jan/Jun 2002.
64. McIntyre, Fernández & Pereira (2002) Intervenção Psicossocial Breve na Situação Oncológica em Contexto de Grupo, in *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
65. Mendes, F. (2003) A Construção Social do Cancro como Doença Genética, in *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
66. Milheiro, J. O Corpo Sabe. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.3, nº 2, Jun/Dez 2001.

67. Moreira, M. S. (s.d.) *Psiconeuroimunologia: Depressão. Associação Psiquiátrica do Rio de Janeiro.*
68. Moynihan, C. et al. Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomized controlled trial. *BMJ*, 1998; 316: 429- 435.
69. Munoz. *Regulación del Ciclo. Retraived May, 30, 2004 from the World Wide Web: <http://www.biologia.edu.ar> .*
70. O'Rourke, S. e col. (1998) Detecting Psychiatric Morbidity After Stroke. Comparison of the GHQ and the HAD scale. *American Heart Association, Inc.*
71. Pereira, A. (s.d.) *SPSS Guia Prático de Utilização. Análise de Dados para as Ciências Sociais e Psicologia. Edições Sílabo*
72. Perez, S. ; Galdon, M. (2002) *Transtorno de Estrés Postraumático y Cáncer, in Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi.*
73. Pfeifer, K. A.(2000) *Fisiopatologia, in Enfermagem em Oncologia (pp. 3 – 21) 3ª Edição. Lusociência*
74. Reig, A. (2002) *Estrés Laboral Asistencial Y Calidad de Vida Personal en la Atención Oncológica, in Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi.*

75. Reyes, J. M. (1994) Quimioterapia, arma eficaz contra el cáncer. *Retraived April, 5, 2004 from the World Wide Web: [http:// www.clc.cl/ fichas/quimio.htm](http://www.clc.cl/fichas/quimio.htm)*
76. Reinberg, A. (1999) O Tempo Humano e os Ritmos Biológicos. Lisboa: Instituto Piaget
77. Resende, A.; Amaral Dias & Zimmerman (1996) Bion Hoje. Lisboa: Fim de Século.
78. Ribeiro, J.L. (1999) Investigação e avaliação em psicologia e saúde. Lisboa: Climepsi.
79. Ribeiro, J. L. (2002) Qualidade de Vida e Doença Oncológica, in *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
80. Roitt, I.; Brostoff, J.; Male, D. (s.d.) Imunologia. Editora Manole LTDA.
81. Rossel, R. e col. (1984) Manual de Oncologia. Ediciones Toray, S. A. Barcelona.
82. Sala, V. (2001) Depresión y cáncer. Una apreciación psiconeuroendocrinoimunológica de los quadros depresivos en pacientes con cáncer. *Retraived November, 12, 2003 from the World Wide Web: [http:// www.psiquiatria.com/ articulos/ psicossomatica](http://www.psiquiatria.com/articulos/psicossomatica)*.
83. Sami-Ali (2002) O Banal. Lisboa: Dinalívro.

84. Sami-Ali; Cady, S.; Froli, G.; Gauthier, M.; Gorot, J.; Mendes Pedro, A.; Robert, M. (2001) *Sonho e Psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.
85. Silva, P. R. (2002) *A Educação para a Saúde e o Marketing Social. Aspectos Relacionados com a Prevenção do Cancro*, in *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
86. Snaith, R. P. The Hospital Anxiety and depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1.29 doi: 10.1186/1477-7525-1-29.
87. Stark, M. et al. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, vol. 20, issue 14 (July), 2002: 3137-3148.
88. Stordal, E. & Dhal, A.A. Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale: Factor Structure, Item Analyses and Internal Consistency in a Large Population. *The British Journal of Psychiatry* (2001) 179: 540-544.
89. Terapias contra el cancer. *Retraived May, 29, 2004 from the World Wide Web: <http://elmundosalud.elmundo.es>*.
90. Trindade, I.; Teixeira, J. (2002) *Abordagem Psicológica do Cancro, nos Cuidados de Saúde Primários. A Psico- Oncologia nos Centros de Saúde*, in *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.

91. Uitterhoeve, R. J. et al. (2004) Psychosocial Interventions for Patients with Advanced Cancer Systematic Review of the Literature. (Abstrat) *British Journal of Cancer*. www.bjcancer.com.
92. Venâncio, J. M. (2004) Importância da Actuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 50(1) 55-63.
93. Vallejo, R. (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatria. Masson
94. Villaverd Ruiz, M.L. Patologia psíquica y demanda de atención médica. *Revista Electrónica de Psiquiatria*, vol. 3 No 4 1999.
95. Wang, P.S. The Epidemiology of Depresión and Cancer: Do Antidepressant Medications Play a Role? [http:// www. hsph. harvard. edu/ Organizatio /DDIL/ depress .html](http://www.hsph.harvard.edu/Organizatio/DDIL/depress.html).
96. Woolston, C. (2004) Depression and Cancer. Healthy Me.

DM
CHAR1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA

Anexos

Reflexos Emocionais

**Abordagem Psicossomática da Ansiedade e Depressão
em Doentes Oncológicos - Estudo Epidemiológico**



ANA CRISTINA PARDAL CHARRAZ - N ° 12063

ORIENTADOR: Prof. Doutor António Coimbra de Matos

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

BIBLIOTECA ISPA
REG: 16706
COTA: DM CHAR1

2005

	
Instituto Superior de Psicologia Aplicada	
Rua da Boavista, 101	
1200-008 Lisboa	
Tel: 21 001 57 00	
Fax: 21 001 57 01	
E-mail: ispa@ispa.pt	
REG: 16706	
Data: 26.06.06	

Índice

Anexo A - Entrevista Clínica

Anexo B- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Anexo C- Base de Dados- SPSS

Anexo D- Estatística Descritiva- Tabelas de Frequência

Anexo E- Representação Gráfica

**Anexo F- Estatística Descritiva- Exploração e Cruzamento de
Variáveis**

Anexo A

Dados pessoais

1. Género:

2. Idade:

3. Estado Civil:

4. Escolaridade:

5. Situação Profissional:

6. Composição do Agregado Familiar:

- 1. Mora com o Conjuge
- 2. Mora com o Conjuge e os Filhos
- 3. Mora com o (a) Filho (a)
- 4. Mora Sozinho
- 5. Outros

7. Antecedentes Pessoais de Depressão:

Não

Sim

8. Faz Medicação Ansiolítica ou Anti- Depressiva:

Não

Sim

9. Perdas Afectivas Recentes:

Não

Sim

10. Qualidade do sono:

Boa

Má

11. Costuma chorar:

Não

Sim

Caracterização Clínica

11. Diagnóstico:

12. Estadio:

13. Data do Diagnóstico:

1. Até 30 dias 2. De 31 dias até 6 meses
3. Mais de 6 meses até 1 ano 4. Mais de 1 ano

14. Esquema de Quimioterapia:

15. Dia do Ciclo:

16. Tipo de Quimioterapia:

- Adjuvante Neo- Adjuvante Paliativa

17. Recidiva

Não

Sim

18. Antecedentes Oncológicos Familiares:

Não

Sim

19. Dor:

Não

Sim

Anexo B

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Para cada item que melhor caracteriza o doente durante a semana que passou,
escrever a pontuação na caixa apropriada.

Pontuação

A 1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a):

- 3. Quase todo o dia
- 2. Grande parte do dia
- 1. De vez em quando
- 0. Nunca

D 1. Continuo a interessar-me pelas coisas:

- 0. Como antes
- 1. Não tanto como antes
- 2. Pouco
- 3. Já não me interessa por nada

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

A 2. Sinto um certo receio, como se algo me fosse acontecer:

3. Sim, muito intensamente
2. Sim, mas não é muito intenso
1. Sim, mas não me preocupo
0. Não sinto

D 2. Sou capaz de rir e de ver o lado bom das coisas:

0. Como sempre
1. Actualmente menos
2. Actualmente muito menos
3. Actualmente não

A 3. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

3. Todo o dia
2. Grande parte do dia
1. De vez em quando
0. Nunca

HAIQ - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

D 3. Sinto-me alegre:

- 3. Nunca
- 2. Em algumas ocasiões
- 1. Em muitas ocasiões
- 0. Grande parte do dia

A 4. Sou capaz de permanecer sentado (a), tranquilo (a), relaxado (a):

- 0. Sempre
- 1. Frequentemente
- 2. Raramente
- 3. Nunca

D 4. Sinto-me cansado (a):

- 3. Todo o dia
- 2. Grande parte do dia
- 1. Às vezes
- 0. Nunca

HAIDS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

A 5. Sinto calafrios e palpitações:

- 0. Nunca
- 1. Só em algumas ocasiões
- 2. Frequentemente
- 3. Muito frequentemente

D 5. Perdi o interesse pelo meu aspecto/ aparência:

- 3. Completamente
- 2. Perdi muito interesse
- 1. Perdi algum interesse
- 0. Não

A 6. Sinto-me inquieto (a) como se não conseguisse parar de mover-me:

- 3. Sempre
- 2. Algumas vezes
- 1. Poucas vezes
- 0. Nunca

HADIS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

D 6. Espero as coisas com satisfação:

- 0. Sim
- 1. Menos que antes
- 2. Muito menos que antes
- 3. Não

A 7. Experimento sensações de angústia e pânico:

- 3. Frequentemente
- 2. Com certa frequência
- 1. Raramente
- 0. Nunca

D 7. Sou capaz de distrair-me com um bom livro, um bom programa de rádio ou de televisão:

- 0. Sim
- 1. Algumas vezes
- 2. Poucas vezes
- 3. Não

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Subtotal

Pontuação Escala A	
Pontuação Escala D	
Pontuação Total	

Anexo C

	genero	idade	idade_1	est_civ	escolari	escol_1	sit_prof
1	F	33	1	Casad	10	ens.secu	Desempregad
2	F	35	1	Casad	11	ens.secu	EmpPapelaria
3	F	36	1	Casad	6	2º ciclo	Desempregad
4	F	38	1	Casad	4	1º ciclo	Doméstica
5	F	41	2	Soltei	17	licenc	Ass.Social
6	F	44	2	Casad	7	3º ciclo	EmpSupermerc
7	F	46	2	UnFact	0	s/ escol	Doméstica
8	F	47	2	Casad	9	3º ciclo	Apos.Invalid
9	F	49	2	Divorc	12	ens.secu	AuxAcçMéd
10	M	49	2	Casad	4	1º ciclo	Pedreiro
11	F	50	2	Casad	4	1º ciclo	Pescador
12	M	51	3	Casad	4	1º ciclo	Electricista
13	F	51	3	Casad	0	s/ escol	Jardineiro
14	F	52	3	Casad	4	1º ciclo	Ajud.Cozinha
15	F	54	3	Casad	6	2º ciclo	Desempregad
16	M	55	3	Casad	4	1º ciclo	Trab.Rur
17	F	55	3	Casad	4	1º ciclo	Trab.Rur
18	M	56	3	Casad	12	ens.secu	GerComercial
19	M	56	3	Casad	4	1º ciclo	Motorista
20	F	57	3	Casad	4	1º ciclo	Trab.Rur
21	F	57	3	Casad	4	1º ciclo	Trab.Rur
22	F	58	3	Casad	4	1º ciclo	Cozinheira
23	F	58	3	Casad	3	1º ciclo	Trab.Rur
24	F	59	3	Soltei	4	1º ciclo	Aux.Acç.Educ
25	F	59	3	Casad	0	s/ escol	Doméstica
26	M	60	3	Casad	4	1º ciclo	Pedreiro
27	M	61	4	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
28	F	61	4	Casad	4	1º ciclo	Trab.Rur
29	F	62	4	Viúv	6	2º ciclo	Administrat
30	F	62	4	Casad	4	1º ciclo	Emp.Fabril
31	M	62	4	Casad	4	1º ciclo	Mecânico
32	F	62	4	Casad	3	1º ciclo	Trab.Rur
33	M	63	4	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
34	F	63	4	Casad	0	s/ escol	Doméstica
35	M	63	4	Soltei	0	s/ escol	Pastor
36	F	64	4	Casad	3	1º ciclo	Ajud.Cozinha
37	F	64	4	Casad	4	1º ciclo	Doméstica
38	F	64	4	Divorc	4	1º ciclo	Doméstica

	c_q_vive	ant_depr	medicç	per_af_r	ql_sono	cos_chor	diagnost
1	2	0	0	0	0	2	Neo Mama
2	2	0	0	0	0	1	Neo Mama
3	2	0	0	0	0	0	L.N.Hodj
4	2	1	1	0	1	0	CarDucIn
5	3	1	1	1	1	1	CarDucIn
6	2	0	0	0	1	1	CarDuc
7	2	1	1	0	1	1	Neo Mama
8	2	0	1	0	0	1	Neo Mama
9	3	1	1	0	1	1	ADC Mama
10	2	0	0	0	0	1	Neo Gast
11	2	0	0	0	1	1	Neo Mama
12	2	0	0	0	1	2	ADC Colo
13	2	0	0	0	0	2	Neo Pulm
14	2	0	0	0	0	1	ADC Colo
15	2	1	0	1	1	2	Neo Mama
16	2	0	0	0	0	0	NeoCabPe
17	2	1	1	0	0	1	Neo Mama
18	2	1	0	0	0	0	Melanoma
19	2	0	0	0	0	0	ADC Pros
20	1	1	1	0	1	1	ADC Mama
21	1	1	0	0	0	1	ADC Colo
22	2	0	0	0	0	1	ADC Rect
23	2	0	0	0	0	0	Neo Colo
24	4	0	1	0	1	1	ADCMama
25	1	0	0	0	0	0	Neo Ovár
26	2	1	1	0	1	0	Neo Pulm
27	1	0	0	0	1	0	Neo Colo
28	1	0	0	0	1	0	MielMult
29	1	0	0	1	0	1	Neo Mama
30	1	1	1	0	1	2	ADC Colo
31	1	0	0	0	0	0	Neo Pulm
32	1	0	0	0	0	2	Neo Endo
33	1	0	0	0	0	0	ADC Colo
34	1	1	1	1	1	1	Neo Ovár
35	4	0	0	0	0	0	ADC Colo
36	1	0	0	0	0	1	Neo Panc
37	1	0	0	0	1	1	Neo Colo
38	4	0	0	0	1	1	ADC Ovár

	diag_loc	estadio	dt_diagn	esq_qt	dia_cicl	tp_qt	recidiva	ant_onc
1	Mama	IV	4	ViCaZo		Palia	1	1
2	Mama	IV	4	VinZom	12	Palia	1	0
3	L.N.Hodj		2	CAVP	8	Adjuv	0	1
4	Mama	IIIB	2	5FuEpC	5	Neo-A	0	1
5	Mama	IV	1	5FuEpC	1	Neo-A	0	1
6	Mama	IV	4	TaxAdr		Adjuv	1	1
7	Mama		3	AdriCi	2	Neo-A	0	0
8	Mama	III	2	AdrCic	3	Adjuv	0	1
9	Mama	II	3	Taxote	5	Adjuv	0	1
10	Estômago		2	Cs5FuT	5	Adjuv	0	1
11	Mama	II	2	TAC	6	Adjuv	0	1
12	Cólon	II	2	Iso5FU	13	Adjuv	0	1
13	Pulmão		2	GemCar	2	Neo-A	0	0
14	Cólon	II	2	OxaXe	3	Adjuv	0	0
15	Mama	IV	2	TAC	3	Adjuv	0	1
16	CabPes		3	Cip5FU		Neo-A	0	0
17	Mama	IV	4	Taxote		Neo-A	1	0
18	Melanoma		3	DTTC	30	Adjuv	0	1
19	Prostata	IV	2	Taxote	10	Palia	0	0
20	Mama		3	TAC	6	Adjuv	0	1
21	Cólon	IV	2	Irl5FU	3	Adjuv	0	0
22	Recto	III	3	Iso5FU	16	Adjuv	0	1
23	Cólon	IV	4	Ox5FU	11	Adjuv	1	1
24	Mama		3	TAC	2	Adjuv	0	1
25	Ovário		3	TaxlCa	1	Adjuv	1	1
26	Pulmão	IV	2	EtoCar	4	Neo-A	0	0
27	Cólon	IV	2	Ols5FU	1	Adjuv	0	0
28	MielMult		4	Zometa		Palia	0	1
29	Mama		3	TAC	4	Adjuv	0	1
30	Cólon	IV	2	Irl5FU	6	Adjuv	0	1
31	Pulmão	IIIB	2	GemCar	4	Adjuv	0	0
32	Endométr		4	TaxlCa	6	Adjuv	0	1
33	Cólon	IV	4	OxaXel		Palia	1	1
34	Ovário	IV	2	TaxlCa	3	Adjuv	0	1
35	Cólon	III	2	OxaXel	3	Adjuv	0	1
36	Pancreas	IV	2	CcDoxE	7	Adjuv	0	1
37	Cólon		3	Iso5FU	21	Adjuv	0	1
38	Ovário	IV	3	Gemcit	1	Palia	1	0

	pres_dor	a_1	d_1	a_2	d_2	a_3	d_3	a_4	d_4	a_5	d_5	a_6	d_6	a_7	d_7	tot_a
1	1	3	0	3	0	3	2	1	3	1	1	1	0	3	0	15
2	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3
3	0	1	0	1	0	1	2	1	2	1	0	1	1	0	0	6
4	0	3	2	3	3	2	2	1	1	3	2	3	1	2	0	17
5	1	3	0	3	1	3	2	3	3	3	3	3	0	3	0	21
6	1	1	1	3	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	7
7	1	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	1	0	2	2	11
8	0	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	2	0	4
9	1	3	2	1	2	3	3	2	2	1	2	0	1	2	0	12
10	0	1	0	0	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	3	4
11	1	3	1	2	1	3	2	2	3	3	3	3	1	3	1	19
12	0	2	1	3	1	2	1	1	0	2	0	0	1	2	0	12
13	1	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	2	0	1	1	6
14	1	0	0	1	0	2	2	1	3	0	2	0	1	2	2	6
15	0	2	2	0	0	3	3	3	3	0	2	3	3	3	3	14
16	1	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	1	0	1	2	4
17	1	2	2	1	1	3	3	0	2	1	1	2	1	3	3	12
18	1	3	1	2	1	3	3	2	1	2	0	2	1	3	1	16
19	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	2	3
20	1	1	0	0	0	3	2	1	3	3	0	2	3	3	3	13
21	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
22	1	2	0	1	2	3	2	1	1	1	0	2	2	2	0	12
23	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	2	2
24	0	1	1	0	0	2	2	1	2	1	0	0	0	1	1	6
25	1	2	0	2	0	2	1	2	2	2	0	2	0	2	0	14
26	1	2	0	2	0	1	2	1	1	1	0	1	0	1	0	9
27	0	1	1	2	1	2	1	1	0	0	0	0	1	0	1	6
28	1	3	1	2	1	3	2	1	2	3	0	3	1	2	3	17
29	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1
30	1	3	0	2	1	3	2	1	2	3	0	3	0	2	3	17
31	1	0	0	0	0	1	1	0	3	0	0	0	1	1	0	2
32	1	1	1	0	0	3	3	2	3	1	2	0	2	3	3	14
33	1	1	0	0	0	1	2	1	3	0	0	0	1	0	0	3
34	0	2	1	0	2	3	3	1	3	3	3	2	3	1	2	12
35	1	0	0	2	1	1	2	1	1	1	0	0	1	1	0	6
36	0	0	1	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	3
37	0	2	1	3	2	3	2	1	1	2	2	1	2	2	1	14
38	0	2	0	0	1	2	2	1	3	0	1	0		2	0	7

	niv_ans	tot_d	niv_depr	pont_tot	pert.emo
1	ans.grav	6	aus.dep.	21	
2	aus.ans	2	aus.dep.	5	
3	aus.ans	5	aus.dep.	11	
4	ans.grav	11	dep.gra	28	
5	ans.grav	9	dep.lig.	30	
6	aus.ans	4	aus.dep.	11	
7	ans.grav	9	dep.lig.	20	
8	aus.ans	3	aus.dep.	7	
9	ans.grav	12	dep.gra	24	
10	aus.ans	6	aus.dep.	10	
11	ans.grav	12	dep.gra	31	
12	ans.grav	4	aus.dep.	16	
13	aus.ans	5	aus.dep.	11	
14	aus.ans	10	dep.lig.	16	
15	ans.grav	16	dep.gra	30	
16	aus.ans	6	aus.dep.	10	
17	ans.grav	13	dep.gra	25	
18	ans.grav	9	dep.lig.	25	
19	aus.ans	3	aus.dep.	6	
20	ans.grav	11	dep.gra	24	
21	aus.ans	2	aus.dep.	3	
22	ans.grav	7	aus.dep.	19	
23	aus.ans	4	aus.dep.	6	
24	aus.ans	6	aus.dep.	12	
25	ans.grav	3	aus.dep.	17	
26	ans.lig	3	aus.dep.	12	
27	aus.ans	5	aus.dep.	11	
28	ans.grav	10	dep.lig.	27	
29	aus.ans	4	aus.dep.	5	
30	ans.grav	8	dep.lig.	25	
31	aus.ans	5	aus.dep.	7	
32	ans.grav	10	dep.lig.	24	
33	aus.ans	6	aus.dep.	9	
34	ans.grav	17	dep.gra	29	
35	aus.ans	5	aus.dep.	11	
36	aus.ans	3	aus.dep.	6	
37	ans.grav	11	dep.gra	25	
38	aus.ans	8	dep.lig.	15	

	genero	idade	idade_1	est_civ	escolari	escol_1	sit_prof
39	F	64	4	Casad	0	s/ escol	Trab.Rur
40	F	65	4	Casad	0	s/ escol	Trab.Rur
41	M	65	4	Casad	0	s/ escol	Tractorista
42	M	66	4	Casad	0	s/ escol	Aposentad
43	F	66	4	Casad	0	s/ escol	Doméstica
44	M	67	4	Casad	0	s/ escol	Aposentad
45	F	67	4	Casad	0	s/ escol	Aposentad
46	F	67	4	Viúv	0	s/ escol	Aposentad
47	F	67	4	Casad	0	s/ escol	Aposentad
48	M	68	4	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
49	F	68	4	Casad	3	1º ciclo	Aposentad
50	F	68	4	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
51	F	69	4	Casad	2	1º ciclo	Aposentad
52	M	69	4	Casad	0	s/ escol	Aposentad
53	F	69	4	Casad	0	s/ escol	Aposentad
54	M	69	4	Casad	1	1º ciclo	Aposentad
55	F	69	4	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
56	F	69	4	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
57	M	69	4	Casad	0	s/ escol	Aposentad
58	M	70	4	Soltei	0	s/ escol	Aposentad
59	F	70	4	Casad	0	s/ escol	Aposentad
60	M	70	4	Casad	0	s/ escol	Aposentad
61	M	70	4	Casad	0	s/ escol	Aposentad
62	M	70	4	Viúv	4	1º ciclo	Pedreiro
63	M	71	5	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
64	F	71	5	Casad	0	s/ escol	Doméstica
65	M	72	5	Viúv	9	3º ciclo	Aposentad
66	M	73	5	Casad	3	1º ciclo	Aposentad
67	M	73	5	Soltei	4	1º ciclo	Aposentad
68	M	74	5	Casad	0	s/ escol	Aposentad
69	F	74	5	Viúv	0	s/ escol	Aposentad
70	F	75	5	Casad	2	1º ciclo	Aposentad
71	M	75	5	Casad	0	s/ escol	Aposentad
72	M	75	5	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
73	M	75	5	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
74	F	76	5	Viúv	4	1º ciclo	Aposentad
75	F	76	5	Casad	0	s/ escol	Aposentad
76	M	76	5	Viúv	0	s/ escol	Aposentad

	c_q_vive	ant_depr	medicç	per_af_r	ql_sono	cos_chor	diagnost
39	1	0	0	0	0	1	ADC Colo
40	2	1	1	0	1	2	CarDucMa
41	1	1	1	0	1	1	ADC Colo
42	1	0	0	1	0	2	LLC
43	1	1	1	0	1	1	LLC
44	1	0	0	0	0	0	Neo Colo
45	2	1	1	0	1	2	Neo Colo
46	4	0	0	0	0	1	Neo Panc
47	2	1	1	0	1	1	MielMult
48	1	1	0	0	1	1	Hepatoma
49	2	0	0	1	0	2	Neo Mama
50	1	1	0	0	0	0	ADC Colo
51	1	0	0	0	0	1	ADC Esto
52	3	0	0	0	0	0	ADC Rect
53	1	0	0	0	0	1	Neo Ovár
54	1	0	0	0	0	0	L.N.Hodj
55	1	0	0	0	1	2	L.N.Hodj
56	1	1	1	0	1	1	Neo Mama
57	1	0	0	0	1	0	Neo Bexi
58	4	0	0	0	0	0	Neo Bexi
59	1	0	0	0	1	1	Neo Pulm
60	1	0	0	0	0	0	Neo Pulm
61	1	0	0	0	1	0	Neo Pulm
62	4	0	0	1	0	0	ADC Colo
63	1	0	0	0	0	0	ADC Colo
64	1	0	0	0	0	1	CarDucMa
65	3	1	1	1	0	2	Neo Vesi
66	1	0	0	0	0	0	ADC Colo
67	4	0	0	0	0	0	NeoPuPC
68	1	0	0	0	0	0	Neo Pulm
69	4	0	0	1	1	2	ADC Esto
70	1	0	0	0	0	1	CarDucMa
71	1	0	0	0	0	0	NeoPulEp
72	1	0	0	0	0	0	ADC Pros
73	1	0	0	0	0	0	ADC Pros
74	5	1	1	1	0	2	ADC Ovár
75	1	1	1	0	1	2	NeoPulPC
76	5	0	0	0	0	0	Neo Pulm

	diag_loc	estadio	dt_diagn	esq_qt	dia_cicl	tp_qt	recidiva	ant_onc
39	Cólon	IV	4	FolCen	2	Adjuv	1	1
40	Mama	III	2	TAC	4	Neo-A	0	1
41	Cólon		2	Iso5FU	17	Adjuv	0	0
42	LLC		4	Fludor	12	Adjuv	0	0
43	LLC		4	OndFlu	21	Adjuv	0	0
44	Cólon	IV	2	Irl5FU	8	Adjuv	0	0
45	Cólon		2	Iso5FU	7	Adjuv	0	1
46	Pancreas	IV	2	GemXel	1	Palia	1	1
47	MielMult		3	MPZAra	21	Adjuv	0	0
48	Hepatoma	III	2	Gemcit	2	Palia	0	1
49	Mama		2	VinCap	2	Palia	1	1
50	Cólon	IV	4	Irl5FU	2	Adjuv	0	0
51	Estômago	III	2	Cs5FuT	1	Adjuv	0	1
52	Recto	III	4	IrinXe	13	Adjuv	0	0
53	Ovário		2	TaxiCa	5	Adjuv	0	1
54	L.N.Hodj		2	CAVP	5	Adjuv	0	0
55	L.N.Hodj		2	CVP	5	Adjuv	0	1
56	Mama	III	2	TAC	2	Adjuv	0	1
57	Bexiga		4	Epirru		Adjuv	1	0
58	Bexiga	III	2	GemCar	10	Adjuv	0	0
59	Pulmão	IV	3	Gemcit	4	Palia	0	1
60	Pulmão		3	EtoCar	5	Neo-A	0	1
61	Pulmão		2	GemCar	2	Palia	0	0
62	Cólon	III	2	Iso5FU	1	Adjuv	0	0
63	Cólon	II	3	Iso5FU		Adjuv	0	0
64	Mama	III	2	5FuEpC	2	Adjuv	0	0
65	Vesical		3	GemCar	1	Adjuv	0	1
66	Cólon	III	2	Iso5FU	2	Adjuv	0	0
67	Pulmão		2	EtoCar	4	Adjuv	0	0
68	Pulmão		2	Gemcit	2	Palia	0	1
69	Estômago	IV	2	Irl5FU	2	Adjuv	0	0
70	Mama	IIIB	2	Taxote	5	Neo-A	0	1
71	Pulmão		2	GemCar	4	Adjuv	0	1
72	Prostata	IV	2	Taxote	8	Adjuv	0	0
73	Prostata	IV	2	OndDex	6	Adjuv	0	1
74	Ovário	IV	2	TaxiCa	5	Adjuv	0	1
75	Pulmão		3	GemCar	5	Neo-A	0	1
76	Pulmão		2	GemCar	8	Neo-A	0	0

	pres_dor	a_1	d_1	a_2	d_2	a_3	d_3	a_4	d_4	a_5	d_5	a_6	d_6	a_7	d_7	tot_a
39	1	1	3	2	2	3	2	1	1	3	2	0	2	3	1	13
40	1	3	3	3	1	3	3	0	3	3	1	2	3	3	3	17
41	0	2	0	0	0	3	2	1	0	0	0	2	0	3	0	11
42	1	1	0	0	1	3	2	1	3	0	0	1	0	2	2	8
43	1	2	0	3	1	2	2	1	2	1	0	1	1	2	0	12
44	1	1	1	2	1	1	2	1	3	1	0	1	0	1	1	8
45	1	3	1	1	1	3	3	1	3	3	1	2	2	3	3	14
46	1	1	0	0	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	0	8
47	1	1	2	0	1	2	3	0	2	2	1	0	2	2	2	7
48	0	3	0	0	0	2	3	1	2	0	0	0	0	1	1	7
49	0	1	1	0	1	2	2	1	3	1	0	1	0	0	1	6
50	0	1	0	3	2	1	1	0	2	3	0	0	1	2	0	10
51	0	3	0	2	1	3	3	1	3	0	0	1	3	2	1	12
52	0	0	0	2	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	2	4
53	1	2	0	1	0	3	3	1	3	0	1	2	3	3	3	12
54	1	0	0	1	1	1	1	1	3	1	0	1	1	1	1	6
55	1	3	3	0	1	3	3	1	3	2	1	0	1	2	1	11
56	1	3	2	2	2	1	3	1	3	1	2	2	1	2	2	12
57	1	1	1	0	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	0	5
58	1	0	1	0	3	1	3	1	3	0	0	1	1	0	3	3
59	1	2	0	0	1	3	3	2	3	1	2	3	3	1	2	12
60	1	0	0	0	1	2	0	2	1	0	0	3	0	1	0	8
61	0	2	1	0	1	2	2	1	3	0	3	1	2	1	0	7
62	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	3
63	0	0	0	2	0	3	0	2	0	0	0	2	0	0	0	9
64	0	1	1	0	1	1	2	1	2	1	1	0	1	1	0	5
65	1	2	1	0	1	3	3	1	1	3	0	1	3	2	1	12
66	1	1	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	1	0	1	3
67	1	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	5
68	1	2	3	2	2	1	2	2	2	1	0	1	2	1	2	10
69	0	0	2	0	1	3	3	1	3	1	0	2	2	2	1	9
70	1	1	0	3	1	3	2	2	2	1	3	0	1	2	3	12
71	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
72	0	1	1	0	1	3	2	0	3	1	1	1	1	1	1	7
73	1	1	2	0	1	1	2	1	2	1	2	0	1	0	1	4
74	1	3	2	3	2	2	2	1	2	2	0	1	1	2	0	14
75	1	3	1	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	19
76	1	1	1	0	1	1	2	0	3	1	0	1	0	1	3	5

	niv_ans	tot_d	niv_depr	pont_tot	pert.emo
39	ans.grav	13	dep.gra	26	
40	ans.grav	17	dep.gra	34	
41	ans.grav	2	aus.dep.	13	
42	ans.lig	8	dep.lig.	16	
43	ans.grav	6	aus.dep.	18	
44	ans.lig	8	dep.lig.	16	
45	ans.grav	16	dep.gra	30	
46	ans.lig	6	aus.dep.	14	
47	aus.ans	13	dep.gra	20	
48	aus.ans	8	dep.lig.	15	
49	aus.ans	8	dep.lig.	14	
50	ans.lig	6	aus.dep.	16	
51	ans.grav	11	dep.gra	23	
52	aus.ans	6	aus.dep.	10	
53	ans.grav	13	dep.gra	25	
54	aus.ans	7	aus.dep.	13	
55	ans.grav	13	dep.gra	24	
56	ans.grav	15	dep.gra	27	
57	aus.ans	5	aus.dep.	10	
58	aus.ans	14	dep.gra	17	
59	ans.grav	14	dep.gra	26	
60	ans.lig	2	aus.dep.	10	
61	aus.ans	12	dep.gra	19	
62	aus.ans	4	aus.dep.	7	
63	ans.lig	0	aus.dep.	9	
64	aus.ans	8	dep.lig.	13	
65	ans.grav	10	dep.lig.	22	
66	aus.ans	6	aus.dep.	9	
67	aus.ans	4	aus.dep.	9	
68	ans.lig	13	dep.gra	23	
69	ans.lig	12	dep.gra	21	
70	ans.grav	12	dep.gra	24	
71	aus.ans	4	aus.dep.	4	
72	aus.ans	10	dep.lig.	17	
73	aus.ans	11	dep.gra	15	
74	ans.grav	9	dep.lig.	23	
75	ans.grav	16	dep.gra	35	
76	aus.ans	10	dep.lig.	15	

	genero	idade	idade_1	est_civ	escolari	escol_1	sit_prof
77	F	76	5	Viúv	0	s/ escol	Aposentad
78	M	76	5	Casad	0	s/ escol	Aposentad
79	M	76	5	Casad	0	s/ escol	Aposentad
80	M	76	5	Casad	4	1º ciclo	EmpBancario
81	F	77	5	Casad	0	s/ escol	Aposentad
82	F	77	5	Viúv	0	s/ escol	Aposentad
83	F	77	5	Viúv	2	1º ciclo	Aposentad
84	F	78	5	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
85	M	79	5	Casad	0	s/ escol	Aposentad
86	F	80	5	Casad	0	s/ escol	Aposentad
87	F	81	6	Viúv	4	1º ciclo	Aposentad
88	M	82	6	Casad	4	1º ciclo	Aposentad
89	F	84	6	Soltei	6	2º ciclo	Aposentad
90	M	85	6	Viúv	4	1º ciclo	Aposentad
91	F	85	6	Viúv	2	1º ciclo	Aposentad
92	F	85	6	Viúv	0	s/ escol	Doméstica

	c_q_vive	ant_depr	medicç	per_af_r	ql_sono	cos_chor	diagnost
77	3	1	1	1	0	1	Neo Panc
78	1	0	0	0	0	0	Neo Pulm
79	1	0	0	0	0	0	Neo Pulm
80	1	0	0	0	0	0	ADCPulm
81	1	0	0	0	0	0	Neo Bexi
82	1	0	0	1	1	1	ADC Endo
83	5	1	1	0	1	1	MielMult
84	1	0	0	0	0	0	Neo Mama
85	1	0	0	0	1	0	ADC Pros
86	1	0	0	0	1	1	ADC Colo
87	2	0	0	1	0	1	MielMult
88	2	0	0	0	0	0	ADC Pros
89	5	0	0	0	0	0	L.N.Hodj
90	3	0	0	1	0	1	ADC Pros
91	3	0	0	0	0	1	ADC Colo
92	3	1	1	1	0	1	ADC Colo

	diag_loc	estadio	dt_diagn	esq_qt	dia_cicl	tp_qt	recidiva	ant_onc
77	Pancreas		2	Gemcit	2	Palia	1	0
78	Pulmão		2	GemCar	4	Adjuv	0	0
79	Pulmão		2	EtoCar	6	Adjuv	0	0
80	Pulmão	IV	2	GemCar	8	Neo-A	0	0
81	Bexiga		2	Epirru	4	Adjuv	1	0
82	Endométr	IV	4	TaxlCa		Adjuv	1	0
83	MielMult		3	Melfal		Adjuv	0	0
84	Mama	III	3	Taxote	7	Adjuv	0	0
85	Prostata	IV	2	Taxote	2	Adjuv	0	0
86	Cólon	III	2	OxaXel	1	Adjuv	0	0
87	MielMult		4	Melfal	15	Palia	1	0
88	Prostata	IV	2	Taxote	2	Adjuv	0	1
89	L.N.Hodj		4	CVP	11	Adjuv	1	0
90	Prostata	IV	2	TxPrZo	2	Adjuv	0	0
91	Cólon	III	2	Iso5FU	9	Adjuv	0	0
92	Cólon	III	2	Iso5FU	21	Adjuv	0	0

	pres_dor	a_1	d_1	a_2	d_2	a_3	d_3	a_4	d_4	a_5	d_5	a_6	d_6	a_7	d_7	tot_a
77	1	2	1	1	1	1	2	1	3	2	1	0	2	2	2	9
78	1	2	1	3	2	2	3	2	3	1	2	1	2	1	2	12
79	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	2	4
80	0	1	0	2	1	1	2	1	2	0	1	0	0	0	1	5
81	1	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0	3	0	1	1	6
82	1	3	1	2	1	2	2	3	3	3	0	3	1	3	1	19
83	1	3	1	0	0	3	3	3	3	0	0	3	3	3	0	15
84	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	3	0	1	1	1	4
85	1	1	1	0	0	2	1	1	2	1	1	1	0	1	1	7
86	0	1	1	2	1	3	1	1	1	3	1	1	2	3	3	14
87	0	0	1	0	1	2	3	1	2	1	0	0	0	1	2	5
88	1	0	1	1	1	3	2	0	1	1	0	2	0	1	0	8
89	1	3	0	0	0	1	3	1	0	1	0	2	1	2	1	10
90	0	0	2	0	1	0	2	1	3	0	0	0	0	1	1	2
91	0	3	1	2	1	2	2	1	3	0	0	1	0	1	2	10
92	0	3	0	0	1	1	2	1	3	0	0	2	1	1	2	8

	niv_ans	tot_d	niv_depr	pont_tot	pert.emo
77	ans.lig	12	dep.gra	21	
78	ans.grav	15	dep.gra	27	
79	aus.ans	7	aus.dep.	11	
80	aus.ans	7	aus.dep.	12	
81	aus.ans	4	aus.dep.	10	
82	ans.grav	9	dep.lig.	28	
83	ans.grav	10	dep.lig.	25	
84	aus.ans	7	aus.dep.	11	
85	aus.ans	6	aus.dep.	13	
86	ans.grav	10	dep.lig.	24	
87	aus.ans	9	dep.lig.	14	
88	ans.lig	5	aus.dep.	13	
89	ans.grav	5	aus.dep.	15	
90	aus.ans	9	dep.lig.	11	
91	ans.lig	9	dep.lig.	19	
92	ans.lig	9	dep.lig.	17	

Anexo D

Frequencies

Statistics

		Género	Idade	Faixa Etária	Estado Civil	Escolaridade	Escolaridade
N	Valid	92	92	92	92	92	92
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		Situação Profissional	Com quem vive	Antecedentes de Depressão	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Perdas Afectivas Recentes	Qualidade do Sono
N	Valid	92	92	92	92	92	92
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		Costuma Chorar	Diagnóstico	Diagnóstico segundo localização	Estadio	Data do Diagnóstico	Esquema de Quimioterapia
N	Valid	92	92	92	92	92	92
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		Dia do Ciclo	Tipo de Quimioterapia	Recidiva	Antecedentes Oncológicos Familiares	Presença de dor	Sinto-me tenso(a) ou nervoso (a)
N	Valid	92	92	92	92	92	92
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		Continuo a interessar-me pelas coisas	Sinto um certo receio, como se algo me fosse acontecer	Sou capaz de rir e de ver o lado bom das coisas	Tenho a cabeça cheia de preocupações	Sinto-me alegre	Sou capaz de permanecer sentado (a), tranquilo (a), relaxado (a)
N	Valid	92	92	92	92	92	92
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		Sinto-me cansado (a)	Experimento sensações de calafrios e palpitações	Perdi o interesse pelo meu aspecto/a parência	Sinto-me inquieto(a) como se não conseguisse parar de mover-me	Espero as coisas com satisfação	Experimento sensações de angústia/pânico
N	Valid	92	92	92	92	92	92
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		Sou capaz de distrair-me com um bom livro, um bom programa de rádio ou televisão	Pontuação da Escala de Ansiedade	Nível de Ansiedade	Pontuação da Escala de Depressão	Nível de Depressão
N	Valid	92	92	92	92	92
	Missing	0	0	0	0	0

Statistics

		Pontuação Total	Perturbação Emocional
N	Valid	92	92
	Missing	0	0

Frequency Table

Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	F	56	60,9	60,9	60,9
	M	36	39,1	39,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Faixa Etária

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	31 a 40 anos	4	4,3	4,3	4,3
	41 a 50 anos	7	7,6	7,6	12,0
	51 a 60 anos	15	16,3	16,3	28,3
	61 a 70 anos	36	39,1	39,1	67,4
	71 a 80 anos	24	26,1	26,1	93,5
	81 a 90 anos	6	6,5	6,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casad	69	75,0	75,0	75,0
	Divorci	2	2,2	2,2	77,2
	Solteir	6	6,5	6,5	83,7
	UnFacto	1	1,1	1,1	84,8
	Viúv	14	15,2	15,2	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 a 4 anos de escolaridade	45	48,9	48,9	48,9
	5 a 6 anos de escolaridade	4	4,3	4,3	53,3
	7 a 9 anos de escolaridade	3	3,3	3,3	56,5
	10 a 12 anos de escolaridade	4	4,3	4,3	60,9
	licenciatura	1	1,1	1,1	62,0
	0 anos de escolaridade	35	38,0	38,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Situação Profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Administrat	1	1,1	1,1	1,1
	Ajud.Cozinha	2	2,2	2,2	3,3
	Apos.Invalid	1	1,1	1,1	4,3
	Aposentad	48	52,2	52,2	56,5
	Ass.Social	1	1,1	1,1	57,6
	Aux.Acç.Educ	1	1,1	1,1	58,7
	AuxAcçMéd	1	1,1	1,1	59,8
	Cozinheira	1	1,1	1,1	60,9
	Desempregad	3	3,3	3,3	64,1
	Doméstica	9	9,8	9,8	73,9
	Electricista	1	1,1	1,1	75,0
	Emp.Fabril	1	1,1	1,1	76,1
	EmpBancario	1	1,1	1,1	77,2
	EmpPapeleria	1	1,1	1,1	78,3
	EmpSupermerc	1	1,1	1,1	79,3
	GerComercial	1	1,1	1,1	80,4
	Jardineiro	1	1,1	1,1	81,5
	Mecânico	1	1,1	1,1	82,6
	Motorista	1	1,1	1,1	83,7
	Pastor	1	1,1	1,1	84,8
	Pedreiro	3	3,3	3,3	88,0
	Pescador	1	1,1	1,1	89,1
	Trab.Rur	9	9,8	9,8	98,9
	Tractorista	1	1,1	1,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Com quem vive

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Com o conjugue	46	50,0	50,0	50,0
Com o conjugue e os filhos	26	28,3	28,3	78,3
Com o (a) filho (a)	8	8,7	8,7	87,0
Sozinho	8	8,7	8,7	95,7
Num lar	4	4,3	4,3	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Antecedentes de Depressão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	66	71,7	71,7	71,7
Sim	26	28,3	28,3	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	69	75,0	75,0	75,0
Sim	23	25,0	25,0	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Perdas Afectivas Recentes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	77	83,7	83,7	83,7
Sim	15	16,3	16,3	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Qualidade do Sono

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Boa	58	63,0	63,0	63,0
Má	34	37,0	37,0	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Costuma Chorar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	38	41,3	41,3	41,3
Algumas vezes	39	42,4	42,4	83,7
Muitas vezes	15	16,3	16,3	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Diagnóstico segundo localização

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bexiga	3	3,3	3,3	3,3
	CabPes	1	1,1	1,1	4,3
	Cólon	20	21,7	21,7	26,1
	Endométr	2	2,2	2,2	28,3
	Estômago	3	3,3	3,3	31,5
	Hepatoma	1	1,1	1,1	32,6
	L.N.Hodj	4	4,3	4,3	37,0
	LLC	2	2,2	2,2	39,1
	Mama	20	21,7	21,7	60,9
	Melanoma	1	1,1	1,1	62,0
	MielMult	4	4,3	4,3	66,3
	Ovário	5	5,4	5,4	71,7
	Pancreas	3	3,3	3,3	75,0
	Prostata	6	6,5	6,5	81,5
	Pulmão	14	15,2	15,2	96,7
	Recto	2	2,2	2,2	98,9
	Vesical	1	1,1	1,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Estadio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		38	41,3	41,3	41,3
	II	5	5,4	5,4	46,7
	III	16	17,4	17,4	64,1
	IIIB	3	3,3	3,3	67,4
	IV	30	32,6	32,6	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Data do Diagnóstico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até trinta dias	1	1,1	1,1	1,1
	De trinta e um dias até seis meses	55	59,8	59,8	60,9
	Mais de seis meses até um ano	19	20,7	20,7	81,5
	Mais de um ano	17	18,5	18,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Tipo de Quimioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Adjuvante	65	70,7	70,7	70,7
	Neo-Adjuvante	13	14,1	14,1	84,8
	Paliativa	14	15,2	15,2	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Recidiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	75	81,5	81,5	81,5
	Sim	17	18,5	18,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Antecedentes Oncológicos Familiares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	46	50,0	50,0	50,0
	Sim	46	50,0	50,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Presença de dor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	34	37,0	37,0	37,0
	Sim	58	63,0	63,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Sinto-me tenso(a) ou nervoso (a)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	20	21,7	21,7	21,7
	De vez em quando	32	34,8	34,8	56,5
	Grande parte do dia	19	20,7	20,7	77,2
	Quase todo o dia	21	22,8	22,8	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Continuo a interessar-me pelas coisas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Como antes	43	46,7	46,7	46,7
	Não tanto como antes	35	38,0	38,0	84,8
	Pouco	10	10,9	10,9	95,7
	Já não me interesso por nada	4	4,3	4,3	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Sinto um certo receio, como se algo me fosse acontecer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não sinto	48	52,2	52,2	52,2
	Sim, mas não me preocupo	11	12,0	12,0	64,1
	Sim, mas não é muito intenso	20	21,7	21,7	85,9
	Sim, muito intensamente	13	14,1	14,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Sou capaz de rir e de ver o lado bom das coisas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Como sempre	26	28,3	28,3	28,3
	Actualmente menos	53	57,6	57,6	85,9
	Actualmente muito menos	10	10,9	10,9	96,7
	Actualmente não	3	3,3	3,3	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Tenho a cabeça cheia de preocupações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	3	3,3	3,3	3,3
	De vez em quando	31	33,7	33,7	37,0
	Grande parte do dia	22	23,9	23,9	60,9
	Todo o dia	36	39,1	39,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Sinto-me alegre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Grande parte do dia	6	6,5	6,5	6,5
	Em muitas ocasiões	16	17,4	17,4	23,9
	Em algumas ocasiões	47	51,1	51,1	75,0
	Nunca	23	25,0	25,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Sou capaz de permanecer sentado (a), tranquilo (a), relaxado (a)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre que quero	21	22,8	22,8	22,8
	Frequentemente	55	59,8	59,8	82,6
	Raramente	12	13,0	13,0	95,7
	Nunca	4	4,3	4,3	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Sinto-me cansado (a)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	15	16,3	16,3	16,3
	Às vezes	19	20,7	20,7	37,0
	Grande parte do dia	23	25,0	25,0	62,0
	Todo o dia	35	38,0	38,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Experimento sensações de calafrios e palpitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	39	42,4	42,4	42,4
	Em algumas ocasiões	30	32,6	32,6	75,0
	Frequentemente	8	8,7	8,7	83,7
	Muito frequentemente	15	16,3	16,3	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Perdi o interesse pelo meu aspecto/aparência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	55	59,8	59,8	59,8
	Perdi algum interesse	19	20,7	20,7	80,4
	Perdi muito interesse	12	13,0	13,0	93,5
	Completamente	6	6,5	6,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Sinto-me inquieto(a) como se não conseguisse parar de mover-me

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	36	39,1	39,1	39,1
	Poucas vezes	26	28,3	28,3	67,4
	Algumas vezes	19	20,7	20,7	88,0
	Sempre	11	12,0	12,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Espero as coisas com satisfação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		1	1,1	1,1	1,1
	Sim	33	35,9	35,9	37,0
	Menos que antes	36	39,1	39,1	76,1
	Muito menos que antes	13	14,1	14,1	90,2
	Não	9	9,8	9,8	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Experimento sensações de angústia/pânico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	18	19,6	19,6	19,6
	Raramente	32	34,8	34,8	54,3
	Com alguma frequência	25	27,2	27,2	81,5
	Frequentemente	17	18,5	18,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Sou capaz de distrair-me com um bom livro, um bom programa de rádio ou televisão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	32	34,8	34,8	34,8
	Algumas vezes	25	27,2	27,2	62,0
	Poucas vezes	20	21,7	21,7	83,7
	Não	15	16,3	16,3	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Nível de Ansiedade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ans.grav	37	40,2	40,2	40,2
	ans.lig	13	14,1	14,1	54,3
	aus.ans	42	45,7	45,7	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Nível de Depressão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	aus.dep.	42	45,7	45,7	45,7
	dep.gra	26	28,3	28,3	73,9
	dep.lig.	24	26,1	26,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Perturbação Emocional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		92	100,0	100,0	100,0

Frequencies

Statistics

Perturbação Emocional

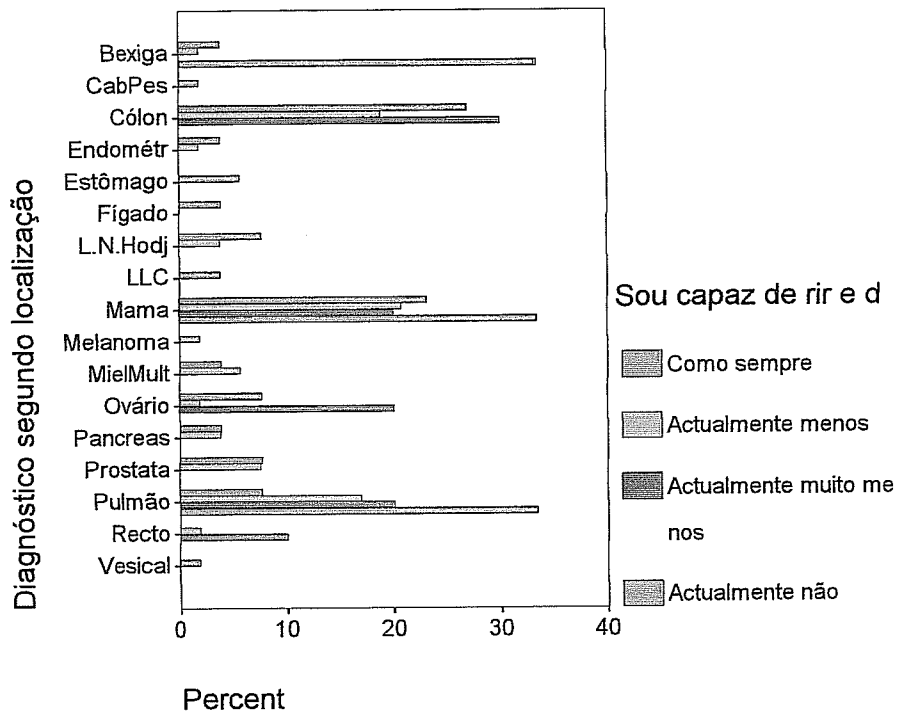
N	Valid	92
	Missing	0

Perturbação Emocional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ausência de Perturbação	29	31,5	31,5	31,5
	Presença de Perturbação	63	68,5	68,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

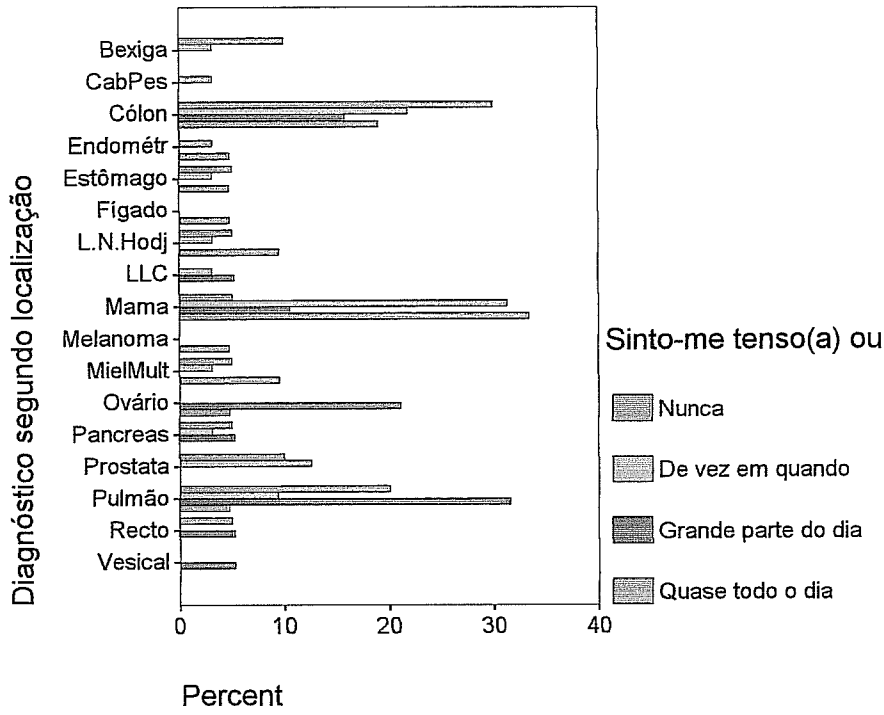
Anexo E

Graph

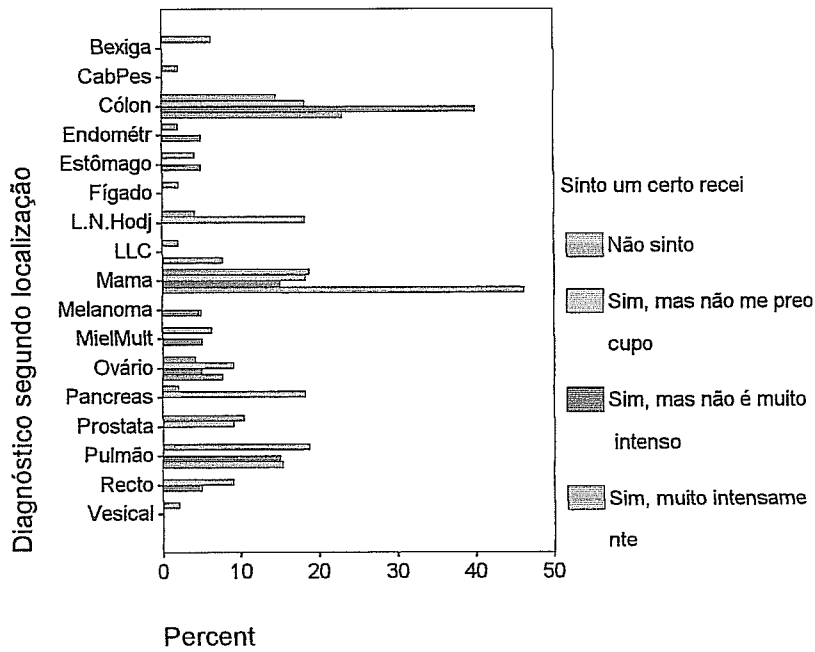


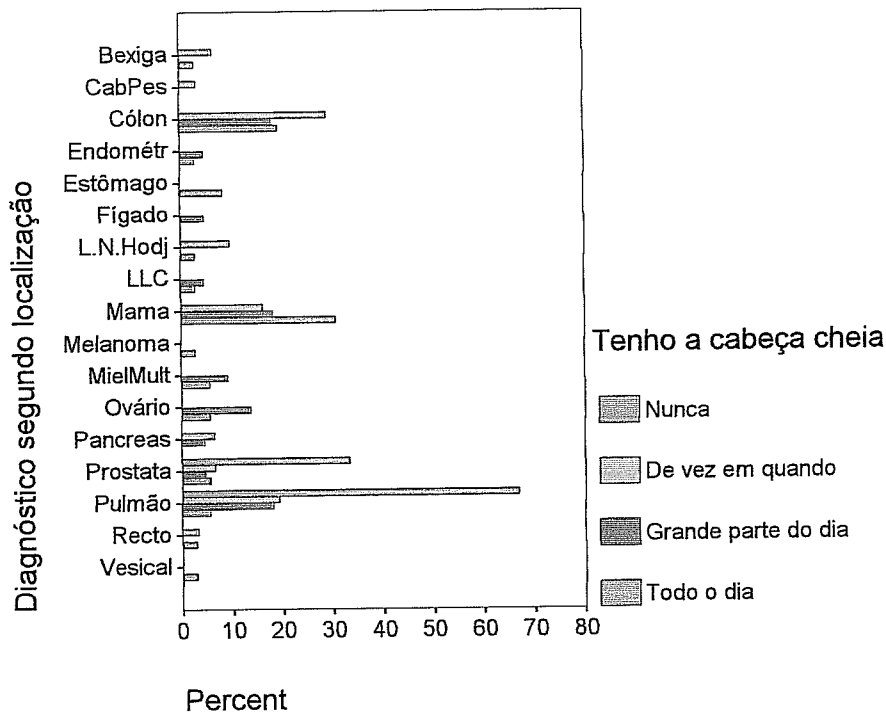
Graph

Graph

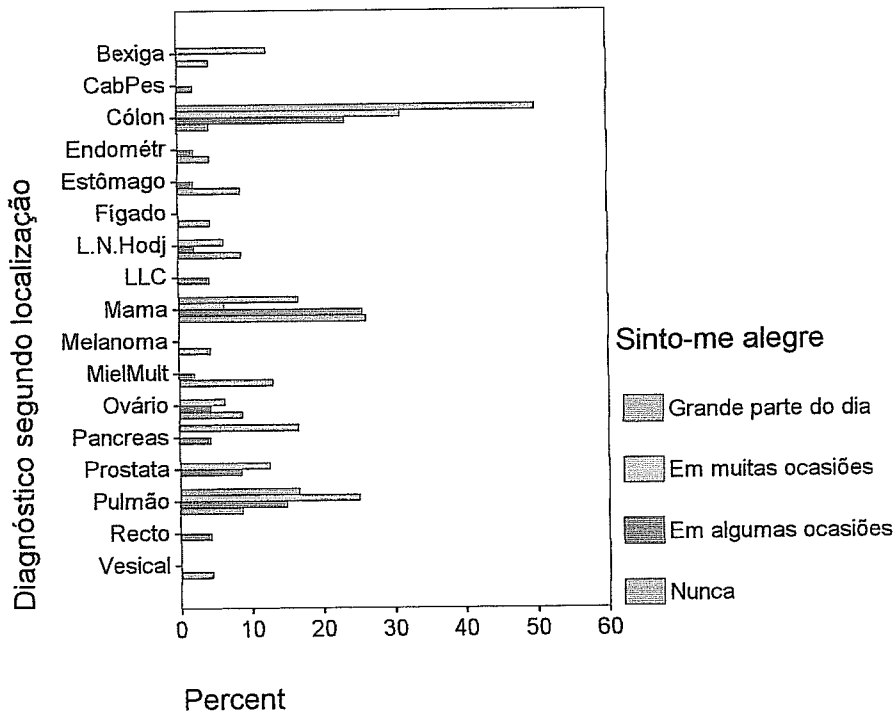


Graph

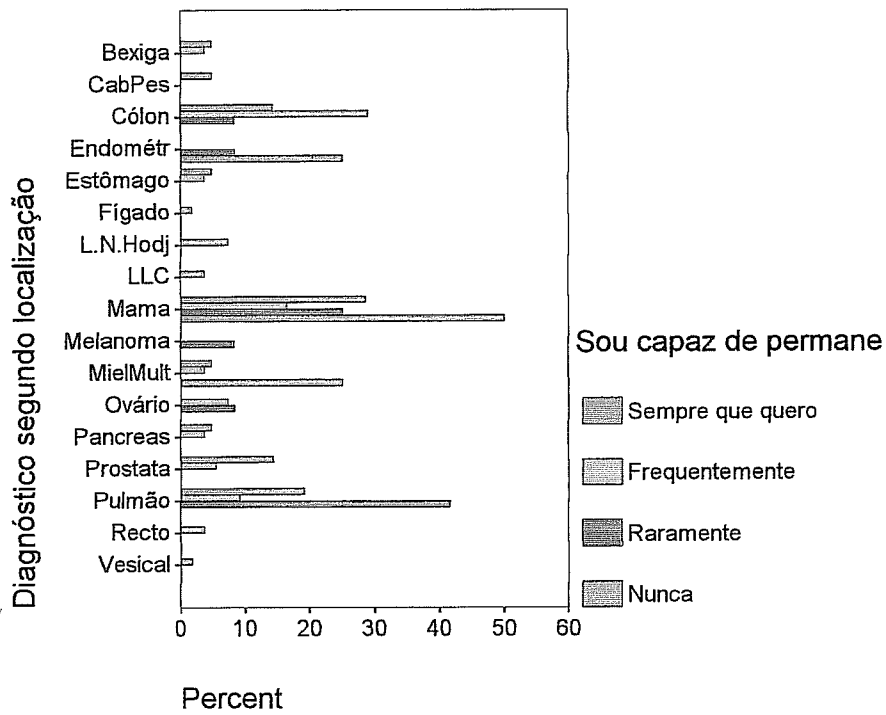




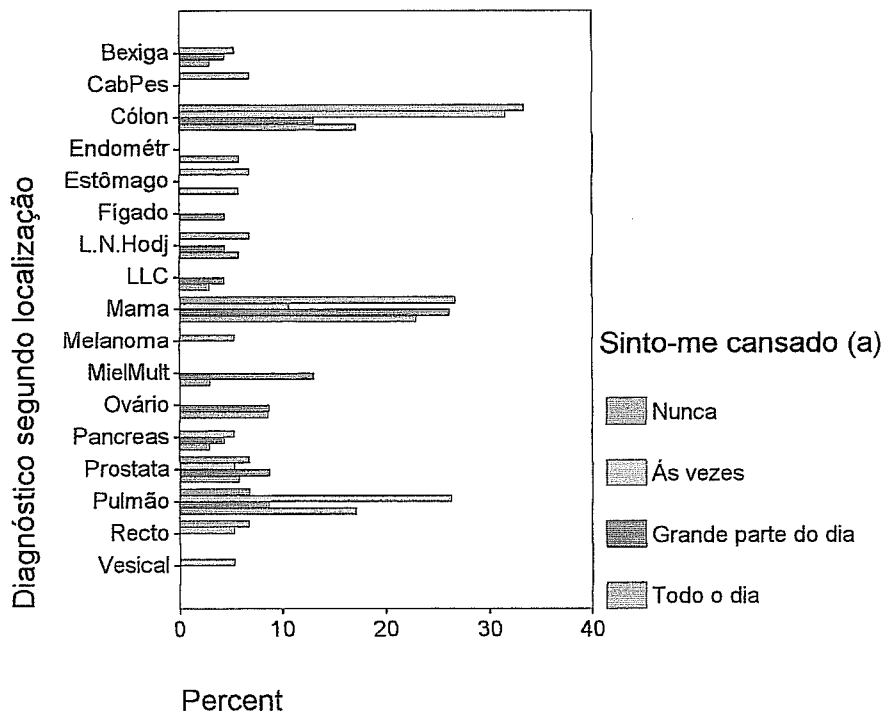
Graph



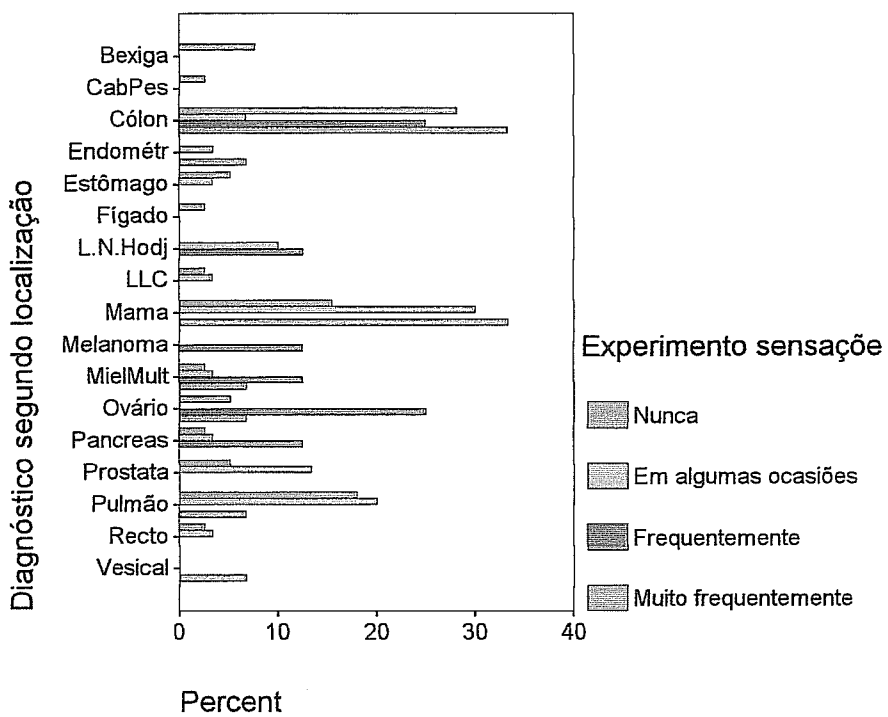
Graph



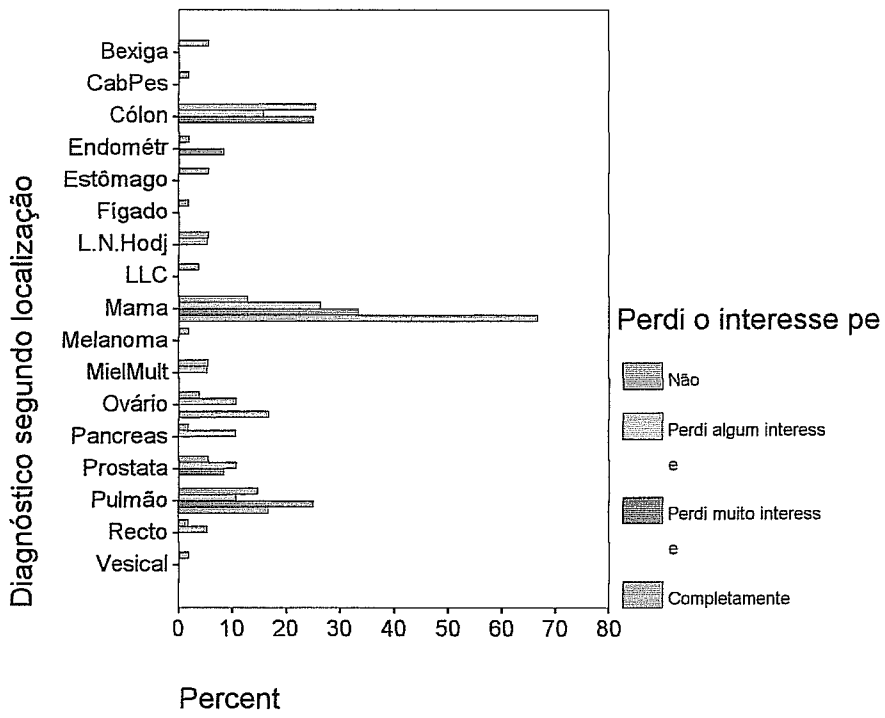
Graph



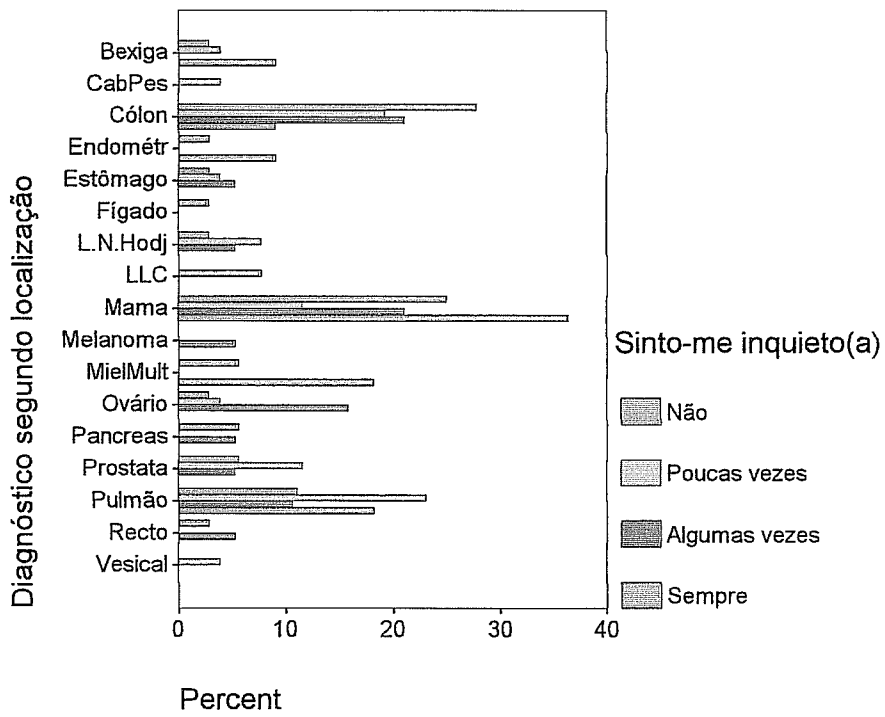
Graph



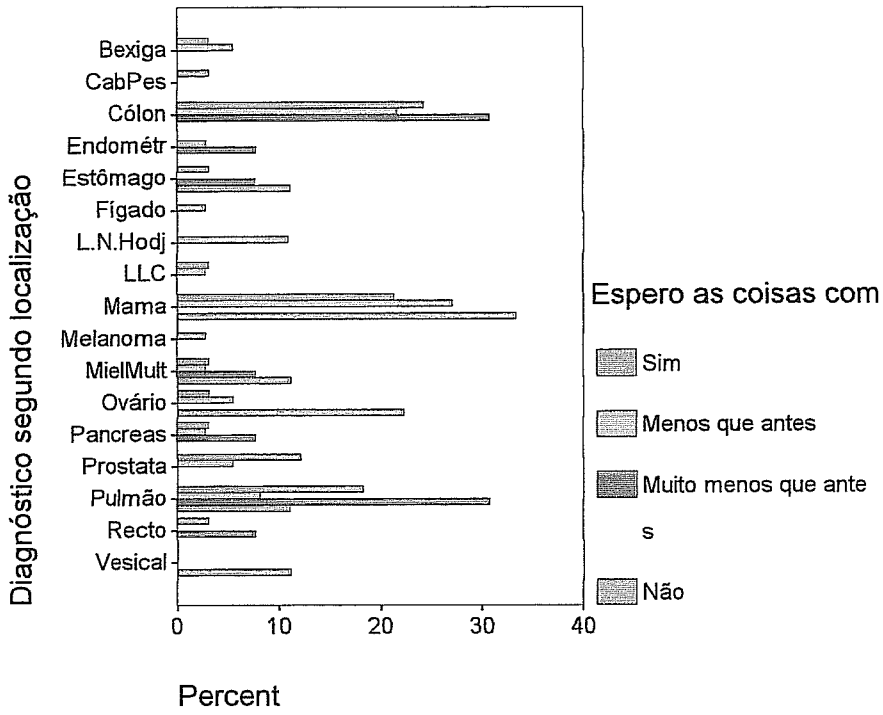
Graph



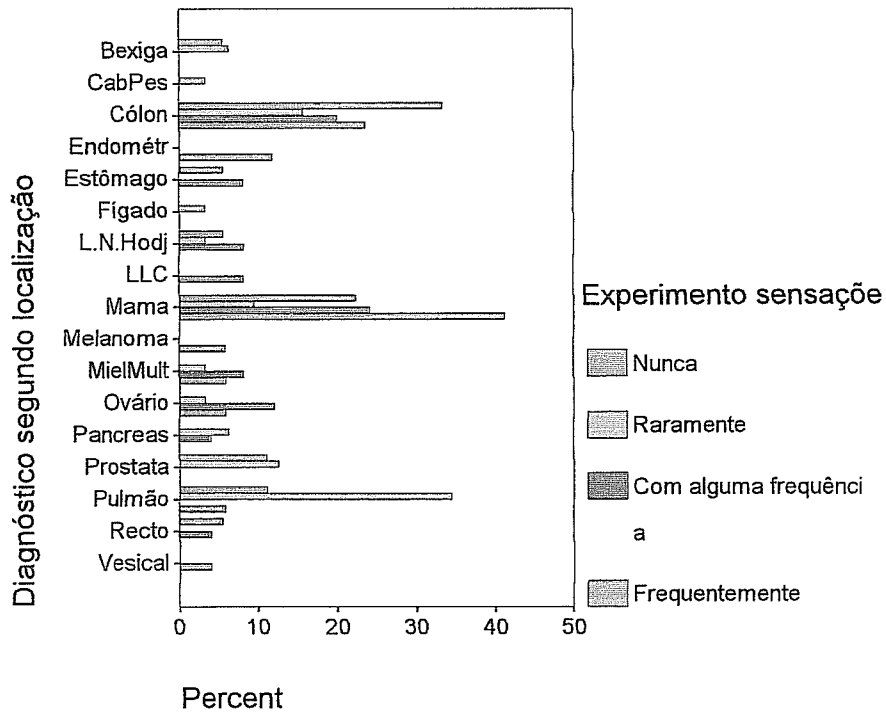
Graph



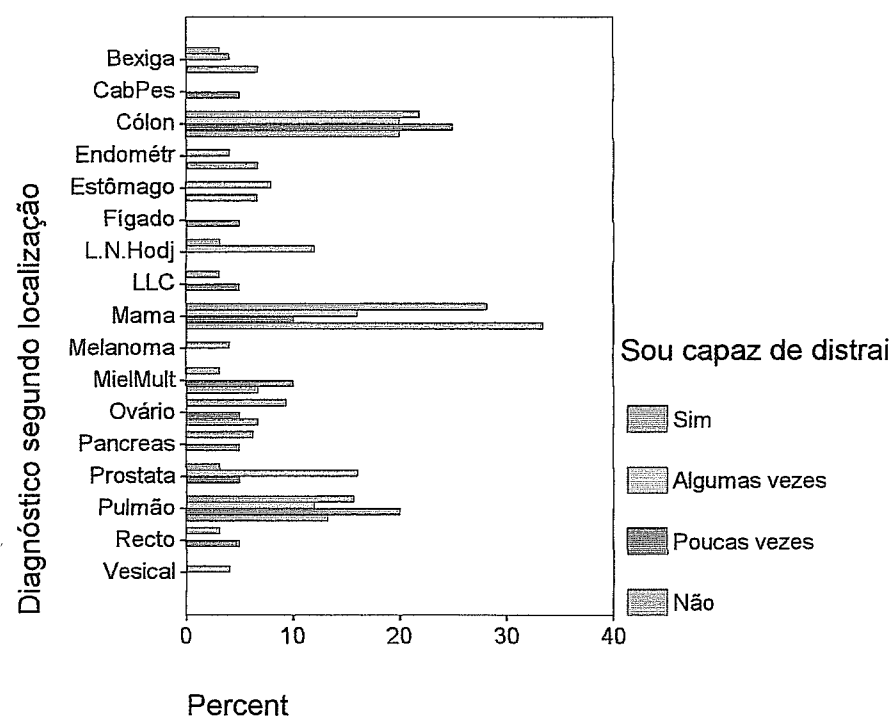
Graph



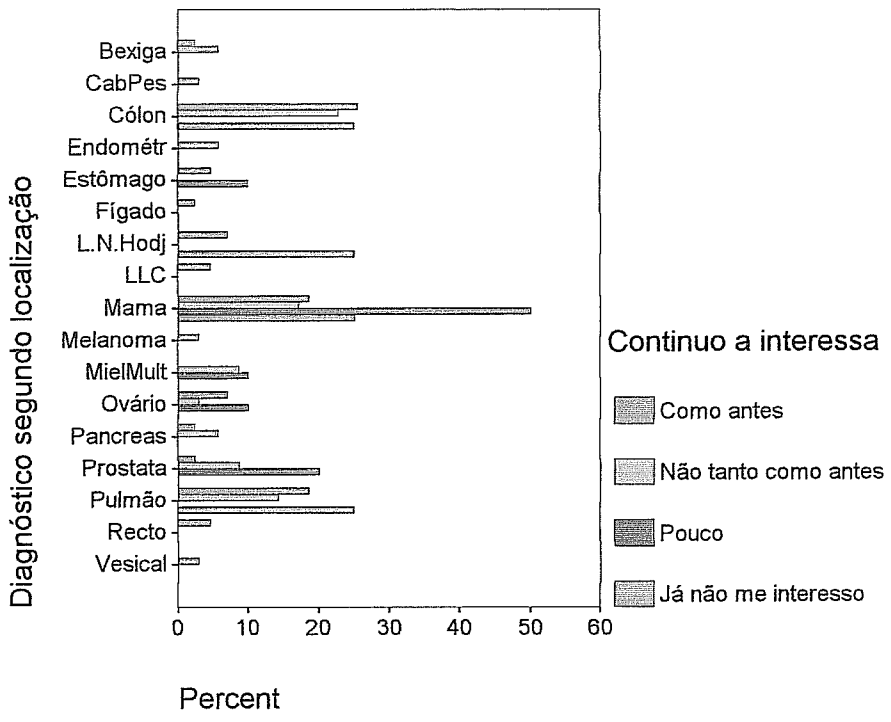
Graph



Graph



Graph



Anexo F

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Idade * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Idade * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Idade * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Idade * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

		Nível de Ansiedade			Total
		ans.grav	ans.lig	aus.ans	
Idade 33		1			1
35				1	1
36				1	1
38		1			1
41		1			1
44				1	1
46		1			1
47				1	1
49		1		1	2
50		1			1
51		1		1	2
52				1	1
54		1			1
55		1		1	2
56		1		1	2
57		1		1	2
58		1		1	2
59		1		1	2
60			1		1
61		1		1	2
62		2		2	4
63		1		2	3
64		2		2	4
65		2			2
66		1	1		2
67		1	2	1	4
68			1	2	3
69		4		3	7
70		1	1	3	5
71			1	1	2
72		1			1
73				2	2
74			2		2
75		1		3	4
76		3	1	3	7
77		2		1	3
78				1	1
79				1	1
80		1			1
81				1	1
82			1		1
84		1			1
85			2	1	3
Total		37	13	42	92

Idade * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

		Nível de Depressão			Total
		aus.dep.	dep.gra	dep.lig.	
Idade 33		1			1
35		1			1
36		1			1
38			1		1
41				1	1
44		1			1
46				1	1
47		1			1
49		1	1		2
50			1		1
51		2			2
52				1	1
54			1		1
55		1	1		2
56		1		1	2
57		1	1		2
58		2			2
59		2			2
60		1			1
61		1		1	2
62		2		2	4
63		2	1		3
64		1	2	1	4
65		1	1		2
66		1		1	2
67		1	2	1	4
68		1		2	3
69		3	4		7
70		2	3		5
71		1		1	2
72				1	1
73		2			2
74			2		2
75		1	2	1	4
76		2	3	2	7
77		1		2	3
78		1			1
79		1			1
80				1	1
81				1	1
82		1			1
84		1			1
85				3	3
Total		42	26	24	92

Idade * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

		Perturbação Emocional		Total
		Ausência de Perturbação	Presença de Perturbação	
Idade	33		1	1
	35	1		1
	36	1		1
	38		1	1
	41		1	1
	44	1		1
	46		1	1
	47	1		1
	49	1	1	2
	50		1	1
	51	1	1	2
	52		1	1
	54		1	1
	55	1	1	2
	56	1	1	2
	57	1	1	2
	58	1	1	2
	59	1	1	2
	60		1	1
	61	1	1	2
	62	2	2	4
	63	2	1	3
	64	1	3	4
	65		2	2
	66		2	2
	67		4	4
	68		3	3
	69	3	4	7
	70	1	4	5
	71		2	2
	72		1	1
	73	2		2
	74		2	2
	75	1	3	4
	76	2	5	7
	77	1	2	3
	78	1		1
	79	1		1
	80		1	1
	81		1	1
	82		1	1
	84		1	1
	85		3	3
Total		29	63	92

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Diagnóstico segundo localização * Género	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Diagnóstico segundo localização * Recidiva	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Diagnóstico segundo localização * Antecedentes Oncológicos Familiares	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Diagnóstico segundo localização * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Diagnóstico segundo localização * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Diagnóstico segundo localização * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Diagnóstico segundo localização * Género Crosstabulation

Count

		Género		Total
		F	M	
Diagnóstico segundo localização	Bexiga	1	2	3
	CabPes		1	1
	Cólon	11	9	20
	Endométr	2		2
	Estômago	2	1	3
	Hepatoma		1	1
	L.N.Hodj	3	1	4
	LLC	1	1	2
	Mama	20		20
	Melanoma		1	1
	MielMult	4		4
	Ovário	5		5
	Pancreas	3		3
	Prostata		6	6
	Pulmão	3	11	14
	Recto	1	1	2
	Vesical		1	1
Total		56	36	92

Diagnóstico segundo localização * Recidiva Crosstabulation

Count

		Recidiva		Total
		Não	Sim	
Diagnóstico segundo localização	Bexiga	1	2	3
	CabPes	1		1
	Cólon	17	3	20
	Endométr	1	1	2
	Estômago	3		3
	Hepatoma	1		1
	L.N.Hodj	3	1	4
	LLC	2		2
	Mama	15	5	20
	Melanoma	1		1
	MielMult	3	1	4
	Ovário	3	2	5
	Pancreas	1	2	3
	Prostata	6		6
	Pulmão	14		14
	Recto	2		2
	Vesical	1		1
Total	75	17	92	

Diagnóstico segundo localização * Antecedentes Oncológicos Familiares Crosstabulation

Count

		Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
		Não	Sim	
Diagnóstico segundo localização	Bexiga	3		3
	CabPes	1		1
	Cólon	12	8	20
	Endométr	1	1	2
	Estômago	1	2	3
	Hepatoma		1	1
	L.N.Hodj	2	2	4
	LLC	2		2
	Mama	5	15	20
	Melanoma		1	1
	MielMult	3	1	4
	Ovário	1	4	5
	Pancreas	1	2	3
	Prostata	4	2	6
	Pulmão	9	5	14
	Recto	1	1	2
	Vesical		1	1
Total	46	46	92	

Diagnóstico segundo localização * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

		Nível de Ansiedade			Total
		ans.grav	ans.lig	aus.ans	
Diagnóstico segundo localização	Bexiga			3	3
	CabPes			1	1
	Cólon	7	5	8	20
	Endométr	2			2
	Estômago	1	1	1	3
	Hepatoma			1	1
	L.N.Hodj	2		2	4
	LLC	1	1		2
	Mama	12		8	20
	Melanoma	1			1
	MielMult	2		2	4
	Ovário	4		1	5
	Pancreas		2	1	3
	Prostata		1	5	6
	Pulmão	3	3	8	14
	Recto	1		1	2
Vesical	1			1	
Total	37	13	42	92	

Diagnóstico segundo localização * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

		Nível de Depressão			Total
		aus.dep.	dep.gra	dep.lig.	
Diagnóstico segundo localização	Bexiga	2	1		3
	CabPes	1			1
	Cólon	11	3	6	20
	Endométr			2	2
	Estômago	1	2		3
	Hepatoma			1	1
	L.N.Hodj	3	1		4
	LLC	1		1	2
	Mama	7	9	4	20
	Melanoma			1	1
	MielMult		1	3	4
	Ovário	1	2	2	5
	Pancreas	2	1		3
	Prostata	3	1	2	6
	Pulmão	8	5	1	14
	Recto	2			2
Vesical			1	1	
Total	42	26	24	92	

Diagnóstico segundo localização * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

		Perturbação Emocional		Total
		Ausência de Perturbação	Presença de Perturbação	
Diagnóstico segundo localização	Bexiga	2	1	3
	CabPes	1		1
	Cólon	7	13	20
	Endométr		2	2
	Estômago	1	2	3
	Hepatoma		1	1
	L.N.Hodj	2	2	4
	LLC		2	2
	Mama	6	14	20
	Melanoma		1	1
	MielMult		4	4
	Ovário		5	5
	Pancreas	1	2	3
	Prostata	2	4	6
	Pulmão	6	8	14
	Recto	1	1	2
	Vesical		1	1
Total	29	63	92	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nível de Ansiedade * Gênero	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Ansiedade * Antecedentes de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Ansiedade * Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Ansiedade * Com quem vive	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Ansiedade * Perdas Afetivas Recentes	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Ansiedade * Costuma Chorar	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Ansiedade * Qualidade do Sono	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Ansiedade * Recidiva	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Ansiedade * Antecedentes Oncológicos Familiares	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Ansiedade * Presença de dor	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Ansiedade * Esquema de Quimioterapia	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Nível de Ansiedade * Gênero Crosstabulation

Count

		Gênero		Total
		F	M	
Nível de	ans.grav	32	5	37
Ansiedade	ans.lig	6	7	13
	aus.ans	18	24	42
Total		56	36	92

Nível de Ansiedade * Antecedentes de Depressão Crosstabulation

Count

		Antecedentes de Depressão		Total
		Não	Sim	
Nível de	ans.grav	18	19	37
Ansiedade	ans.lig	9	4	13
	aus.ans	39	3	42
Total		66	26	92

Nível de Ansiedade * Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva Crosstabulation

Count

		Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva		Total
		Não	Sim	
Nível de Ansiedade	ans.grav	20	17	37
	ans.lig	10	3	13
	aus.ans	39	3	42
Total		69	23	92

Nível de Ansiedade * Com quem vive Crosstabulation

Count

		Com quem vive					Total
		Com o conjugue	Com o conjugue e os filhos	Com o (a) filho (a)	Sozinho	Num lar	
Nível de Ansiedade	ans.grav	20	11	3		3	37
	ans.lig	6	2	3	2		13
	aus.ans	20	13	2	6	1	42
Total		46	26	8	8	4	92

Nível de Ansiedade * Perdas Afectivas Recentes Crosstabulation

Count

		Perdas Afectivas Recentes		Total
		Não	Sim	
Nível de Ansiedade	ans.grav	31	6	37
	ans.lig	9	4	13
	aus.ans	37	5	42
Total		77	15	92

Nível de Ansiedade * Costuma Chorar Crosstabulation

Count

		Costuma Chorar			Total
		Não	Algumas vezes	Muitas vezes	
Nível de Ansiedade	ans.grav	6	20	11	37
	ans.lig	7	4	2	13
	aus.ans	25	15	2	42
Total		38	39	15	92

Nível de Ansiedade * Qualidade do Sono Crosstabulation

Count

		Qualidade do Sono		Total
		Boa	Má	
Nível de Ansiedade	ans.grav	14	23	37
	ans.lig	11	2	13
	aus.ans	33	9	42
Total		58	34	92

Nível de Ansiedade * Recidiva Crosstabulation

Count

		Recidiva		Total
		Não	Sim	
Nível de Ansiedade	ans.grav	31	6	37
	ans.lig	11	2	13
	aus.ans	33	9	42
Total		75	17	92

Nível de Ansiedade * Antecedentes Oncológicos Familiares Crosstabulation

Count

		Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
		Não	Sim	
Nível de Ansiedade	ans.grav	9	28	37
	ans.lig	9	4	13
	aus.ans	28	14	42
Total		46	46	92

Nível de Ansiedade * Presença de dor Crosstabulation

Count

		Presença de dor		Total
		Não	Sim	
Nível de Ansiedade	ans.grav	8	29	37
	ans.lig	5	8	13
	aus.ans	21	21	42
Total		34	58	92

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Esquema de Quimioterapia * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Esquema de Quimioterapia * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

		Nível de Ansiedade			Total
		ans.grav	ans.lig	aus.ans	
Esquema de Quimioterapia	5FuEpC	2		1	3
	AdrCic			1	1
	AdriCi	1			1
	CAVP			2	2
	CVP	2			2
	CcDoxE			1	1
	Cip5FU			1	1
	Cs5FuT	1		1	2
	DTTC	1			1
	Epirru			2	2
	EtoCar		2	2	4
	Fludor		1		1
	FolCen	1			1
	GemCar	3		7	10
	GemXel		1		1
	Gemcit	1	2	2	5
	Irl5FU	1	3	1	5
	IrinXe			1	1
	Iso5FU	5	3	2	10
	MPZAra			1	1
	Melfal	1		1	2
	Ols5FU			1	1
	OndDex			1	1
	OndFlu	1			1
	Oxl5FU			1	1
	OxaXel	1		2	3
	OxalXe			1	1
	TAC	5		2	7
	TaxAdr			1	1
	TaxlCa	6			6
	Taxote	3	1	4	8
	TxPrZo			1	1
	ViCaZo	1			1
VinCap			1	1	
VinZom			1	1	
Zometa	1			1	
Total	37	13	42	92	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nível de Depressão * Gênero	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Depressão * Antecedentes de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Depressão * Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Depressão * Com quem vive	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Depressão * Perdas Afectivas Recentes	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Depressão * Costuma Chorar	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Depressão * Qualidade do Sono	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Depressão * Recidiva	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Depressão * Presença de dor	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Nível de Depressão * Esquema de Quimioterapia	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Nível de Depressão * Gênero Crosstabulation

Count

		Gênero		Total
		F	M	
Nível de Depressão	aus.dep.	19	23	42
	dep.gra	21	5	26
	dep.lig.	16	8	24
Total		56	36	92

Nível de Depressão * Antecedentes de Depressão Crosstabulation

Count

		Antecedentes de Depressão		Total
		Não	Sim	
Nível de Depressão	aus.dep.	37	5	42
	dep.gra	14	12	26
	dep.lig.	15	9	24
Total		66	26	92

Nível de Depressão * Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva Crosstabulation

Count

		Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva		Total
		Não	Sim	
Nível de Depressão	aus.dep.	37	5	42
	dep.gra	15	11	26
	dep.lig.	17	7	24
Total		69	23	92

Nível de Depressão * Com quem vive Crosstabulation

Count

		Com quem vive					Total
		Com o conjugue	Com o conjugue e os filhos	Com o (a) filho (a)	Sozinho	Num lar	
Nível de Depressão	aus.dep.	21	14	1	5	1	42
	dep.gra	15	7	2	2		26
	dep.lig.	10	5	5	1	3	24
Total		46	26	8	8	4	92

Nível de Depressão * Perdas Afectivas Recentes Crosstabulation

Count

		Perdas Afectivas Recentes		Total
		Não	Sim	
Nível de Depressão	aus.dep.	40	2	42
	dep.gra	22	4	26
	dep.lig.	15	9	24
Total		77	15	92

Nível de Depressão * Costuma Chorar Crosstabulation

Count

		Costuma Chorar			Total
		Não	Algumas vezes	Muitas vezes	
Nível de Depressão	aus.dep.	27	12	3	42
	dep.gra	6	14	6	26
	dep.lig.	5	13	6	24
Total		38	39	15	92

Nível de Depressão * Qualidade do Sono Crosstabulation

Count

		Qualidade do Sono		Total
		Boa	Má	
Nível de Depressão	aus.dep.	33	9	42
	dep.gra	10	16	26
	dep.lig.	15	9	24
Total		58	34	92

Nível de Depressão * Recidiva Crosstabulation

Count

		Recidiva		Total
		Não	Sim	
Nível de Depressão	aus.dep.	32	10	42
	dep.gra	23	3	26
	dep.lig.	20	4	24
Total		75	17	92

Nível de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares Crosstabulation

Count

		Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
		Não	Sim	
Nível de Depressão	aus.dep.	24	18	42
	dep.gra	7	19	26
	dep.lig.	15	9	24
Total		46	46	92

Nível de Depressão * Presença de dor Crosstabulation

Count

		Presença de dor		Total
		Não	Sim	
Nível de Depressão	aus.dep.	17	25	42
	dep.gra	7	19	26
	dep.lig.	10	14	24
Total		34	58	92

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Esquema de Quimioterapia * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Esquema de Quimioterapia * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

		Nível de Depressão			Total
		aus.dep.	dep.gra	dep.lig.	
Esquema de	5FuEpC		1	2	3
Quimioterapia	AdrCic	1			1
	AdriCi			1	1
	CAVP	2			2
	CVP	1	1		2
	CcDoxE	1			1
	Cip5FU	1			1
	Cs5FuT	1	1		2
	DTTC			1	1
	Epirru	2			2
	EtoCar	4			4
	Fludor			1	1
	FolCen		1		1
	GemCar	4	4	2	10
	GemXel	1			1
	Gemcit		3	2	5
	Irl5FU	2	1	2	5
	IrinXe	1			1
	Iso5FU	6	2	2	10
	MPZAra		1		1
	Melfal			2	2
	Ols5FU	1			1
	OndDex		1		1
	OndFlu	1			1
	OxI5FU	1			1
	OxaXel	2		1	3
	OxalXe			1	1
	TAC	2	5		7
	TaxAdr	1			1
	TaxlCa	1	2	3	6
	Taxote	4	3	1	8
	TxPrZo			1	1
	ViCaZo	1			1
	VinCap			1	1
	VinZom	1			1
	Zometa			1	1
Total		42	26	24	92

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Perturbação Emocional * Gênero	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional * Antecedentes de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional * Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional * Com quem vive	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional * Perdas Afectivas Recentes	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional * Costuma Chorar	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional * Qualidade do Sono	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional * Recidiva	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional * Antecedentes Oncológicos Familiares	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional * Presença de dor	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional * Esquema de Quimioterapia	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Perturbação Emocional * Gênero Crosstabulation

Count

		Gênero		Total
		F	M	
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação	12	17	29
	Presença de Perturbação	44	19	63
Total		56	36	92

Perturbação Emocional * Antecedentes de Depressão Crosstabulation

Count

		Antecedentes de Depressão		Total
		Não	Sim	
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação	28	1	29
	Presença de Perturbação	38	25	63
Total		66	26	92

Perturbação Emocional * Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva Crosstabulation

Count

		Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva		Total
		Não	Sim	
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação	27	2	29
	Presença de Perturbação	42	21	63
Total		69	23	92

Perturbação Emocional * Com quem vive Crosstabulation

Count

		Com quem vive			
		Com o conjugue	Com o conjugue e os filhos	Com o (a) filho (a)	Sozinho
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação	15	9	1	4
	Presença de Perturbação	31	17	7	4
Total		46	26	8	8

Perturbação Emocional * Com quem vive Crosstabulation

Count

		Com	Total
		Num lar	
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação		29
	Presença de Perturbação	4	63
Total		4	92

Perturbação Emocional * Perdas Afectivas Recentes Crosstabulation

Count

		Perdas Afectivas Recentes		Total
		Não	Sim	
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação	27	2	29
	Presença de Perturbação	50	13	63
Total		77	15	92

Perturbação Emocional * Costuma Chorar Crosstabulation

Count

		Costuma Chorar			Total
		Não	Algumas vezes	Muitas vezes	
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação	20	8	1	29
	Presença de Perturbação	18	31	14	63
Total		38	39	15	92

Perturbação Emocional * Qualidade do Sono Crosstabulation

Count

		Qualidade do Sono		Total
		Boa	Má	
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação	24	5	29
	Presença de Perturbação	34	29	63
Total		58	34	92

Perturbação Emocional * Recidiva Crosstabulation

Count

		Recidiva		Total
		Não	Sim	
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação	23	6	29
	Presença de Perturbação	52	11	63
Total		75	17	92

Perturbação Emocional * Antecedentes Oncológicos Familiares Crosstabulation

Count

		Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
		Não	Sim	
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação	18	11	29
	Presença de Perturbação	28	35	63
Total		46	46	92

Perturbação Emocional * Presença de dor Crosstabulation

Count

		Presença de dor		Total
		Não	Sim	
Perturbação Emocional	Ausência de Perturbação	13	16	29
	Presença de Perturbação	21	42	63
Total		34	58	92

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Esquema de Quimioterapia * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Esquema de Quimioterapia * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

		Perturbação Emocional		Total
		Ausência de Perturbação	Presença de Perturbação	
Esquema de Quimioterapia	5FuEpC		3	3
	AdrCic	1		1
	AdriCi		1	1
	CAVP	2		2
	CVP		2	2
	CcDoxE	1		1
	Cip5FU	1		1
	Cs5FuT	1	1	2
	DTTC		1	1
	Epirru	2		2
	EtoCar	2	2	4
	Fludor		1	1
	FolCen		1	1
	GemCar	4	6	10
	GemXel		1	1
	Gemcit		5	5
	Iri5FU	1	4	5
	IrinXe	1		1
	Iso5FU	2	8	10
	MPZAra		1	1
	Melfal		2	2
	OIs5FU	1		1
	OndDex		1	1
	OndFlu		1	1
	OxI5FU	1		1
	OxaXel	2	1	3
	OxalXe		1	1
	TAC	2	5	7
	TaxAdr	1		1
	TaxlCa		6	6
	Taxote	3	5	8
	TxPrZo		1	1
	ViCaZo		1	1
	VinCap		1	1
	VinZom	1		1
	Zometa		1	1
Total		29	63	92

Crosstabs

Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casad	69	75,0	75,0	75,0
Divorci	2	2,2	2,2	77,2
Solteir	6	6,5	6,5	83,7
UnFacto	1	1,1	1,1	84,8
Viúv	14	15,2	15,2	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Antecedentes Oncológicos Familiares

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1,1	1,1	1,1
Não	45	48,9	48,9	50,0
Sim	46	50,0	50,0	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Gênero * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Gênero * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Gênero * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Gênero * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Gênero * Recidiva * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Gênero * Recidiva * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Gênero * Recidiva * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Gênero * Recidiva * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Gênero * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Género * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Género * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Género * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Género * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Género * Presença de dor * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Género * Presença de dor * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Género * Presença de dor * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Recidiva * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Recidiva * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Recidiva * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Recidiva * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Com quem vive * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Presença de dor * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Presença de dor * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Com quem vive * Presença de dor * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Recidiva * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Recidiva * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Recidiva * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Recidiva * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Antecedentes de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Presença de dor * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Presença de dor * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Antecedentes de Depressão * Presença de dor * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Recidiva * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Recidiva * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Recidiva * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Recidiva * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Presença de dor * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Presença de dor * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Presença de dor * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Perdas Afectivas Recentes * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Recidiva * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Recidiva * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Recidiva * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Recidiva * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Presença de dor * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Presença de dor * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perdas Afectivas Recentes * Presença de dor * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Qualidade do Sono * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Recidiva * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Recidiva * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Recidiva * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Recidiva * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Presença de dor * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Presença de dor * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Qualidade do Sono * Presença de dor * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Costuma Chorar * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Recidiva * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Recidiva * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Recidiva * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Recidiva * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Presença de dor * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Presença de dor * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Costuma Chorar * Presença de dor * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Faixa Etária * Tipo de Quimioterapia *	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Tipo de Quimioterapia *	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Recidiva * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Recidiva * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Recidiva * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Recidiva * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Antecedentes Oncológicos Familiares *	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Presença de dor * Nível de Ansiedade	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Presença de dor * Nível de Depressão	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%
Faixa Etária * Presença de dor * Perturbação Emocional	92	100,0%	0	,0%	92	100,0%

Género * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Bexiga	Género	F	1			1
		M	2			2
	Total		3			3
CabPes	Género	M		1		1
	Total			1		1
Cólon	Género	F	11			11
		M	8		1	9
	Total		19		1	20
Endométr	Género	F	2			2
	Total		2			2
Estômago	Género	F	2			2
		M	1			1
	Total		3			3
Fígado	Género	M			1	1
	Total				1	1
L.N.Hodj	Género	F	3			3
		M	1			1
	Total		4			4
LLC	Género	F	1			1
		M	1			1
	Total		2			2
Mama	Género	F	11	6	3	20
	Total		11	6	3	20
Melanoma	Género	M	1			1
	Total		1			1
MielMult	Género	F	2		2	4
	Total		2		2	4
Ovário	Género	F	4		1	5
	Total		4		1	5
Pancreas	Género	F	1		2	3
	Total		1		2	3
Prostata	Género	M	5		1	6
	Total		5		1	6
Pulmão	Género	F		2	1	3
		M	5	4	2	11
	Total		5	6	3	14
Recto	Género	F	1			1
		M	1			1
	Total		2			2
Vesical	Género	M	1			1
	Total		1			1

Género * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
ans.grav	Género	F	22	7	3	32
		M	5			5
	Total		27	7	3	37
ans.lig	Género	F	4		2	6
		M	4	2	1	7
	Total		8	2	3	13
aus.ans	Género	F	13	1	4	18
		M	17	3	4	24
	Total		30	4	8	42

Género * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
aus.dep.	Género	F	15	1	3	19
		M	17	4	2	23
	Total		32	5	5	42
dep.gra	Género	F	14	5	2	21
		M	3		2	5
	Total		17	5	4	26
dep.lig.	Género	F	10	2	4	16
		M	6	1	1	8
	Total		16	3	5	24

Género * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Ausência de Perturbação	Género	F	10	1	1	12
		M	13	2	2	17
	Total		23	3	3	29
Presença de Perturbação	Género	F	29	7	8	44
		M	13	3	3	19
	Total		42	10	11	63

Gênero * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Gênero	F		1	1
		M	1	1	2
	Total		1	2	3
CabPes	Gênero	M	1		1
	Total		1		1
Cólon	Gênero	F	9	2	11
		M	8	1	9
	Total		17	3	20
Endométr	Gênero	F	1	1	2
	Total		1	1	2
Estômago	Gênero	F	2		2
		M	1		1
	Total		3		3
Fígado	Gênero	M	1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Gênero	F	2	1	3
		M	1		1
	Total		3	1	4
LLC	Gênero	F	1		1
		M	1		1
	Total		2		2
Mama	Gênero	F	15	5	20
	Total		15	5	20
Melanoma	Gênero	M	1		1
	Total		1		1
MielMult	Gênero	F	3	1	4
	Total		3	1	4
Ovário	Gênero	F	3	2	5
	Total		3	2	5
Pancreas	Gênero	F	1	2	3
	Total		1	2	3
Prostata	Gênero	M	6		6
	Total		6		6
Pulmão	Gênero	F	3		3
		M	11		11
	Total		14		14
Recto	Gênero	F	1		1
		M	1		1
	Total		2		2
Vesical	Gênero	M	1		1
	Total		1		1

Gênero * Recidiva * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Recidiva		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Gênero	F	26	6	32
		M	5		5
	Total		31	6	37
ans.lig	Gênero	F	4	2	6
		M	7		7
	Total		11	2	13
aus.ans	Gênero	F	11	7	18
		M	22	2	24
	Total		33	9	42

Gênero * Recidiva * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Recidiva		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Gênero	F	11	8	19
		M	21	2	23
	Total		32	10	42
dep.gra	Gênero	F	18	3	21
		M	5		5
	Total		23	3	26
dep.lig.	Gênero	F	12	4	16
		M	8		8
	Total		20	4	24

Gênero * Recidiva * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Gênero	F	8	4	12
		M	15	2	17
	Total		23	6	29
Presença de Perturbação	Gênero	F	33	11	44
		M	19		19
	Total		52	11	63

Gênero * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Gênero	F	1		1
		M	2		2
	Total		3		3
CabPes	Gênero	M	1		1
	Total		1		1
Côlon	Gênero	F	6	5	11
		M	6	3	9
	Total		12	8	20
Endomêtr	Gênero	F	1	1	2
	Total		1	1	2
Estômago	Gênero	F	1	1	2
		M		1	1
	Total		1	2	3
Fígado	Gênero	M		1	1
	Total			1	1
L.N.Hodj	Gênero	F	1	2	3
		M	1		1
	Total		2	2	4
LLC	Gênero	F	1		1
		M	1		1
	Total		2		2
Mama	Gênero	F	5	15	20
	Total		5	15	20
Melanoma	Gênero	M		1	1
	Total			1	1
MielMult	Gênero	F	3	1	4
	Total		3	1	4
Ovário	Gênero	F	1	4	5
	Total		1	4	5
Pancreas	Gênero	F	1	2	3
	Total		1	2	3
Prostata	Gênero	M	4	2	6
	Total		4	2	6
Pulmão	Gênero	F	1	2	3
		M	8	3	11
	Total		9	5	14
Recto	Gênero	F		1	1
		M	1		1
	Total		1	1	2
Vesical	Gênero	M		1	1
	Total			1	1

Género * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Género	F	7	25	32
		M	2	3	5
	Total		9	28	37
ans.lig	Género	F	5	1	6
		M	4	3	7
	Total		9	4	13
aus.ans	Género	F	10	8	18
		M	18	6	24
	Total		28	14	42

Género * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Género	F	8	11	19
		M	16	7	23
	Total		24	18	42
dep.gra	Género	F	4	17	21
		M	3	2	5
	Total		7	19	26
dep.lig.	Género	F	10	6	16
		M	5	3	8
	Total		15	9	24

Género * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Género	F	5	7	12
		M	13	4	17
	Total		18	11	29
Presença de Perturbação	Género	F	17	27	44
		M	11	8	19
	Total		28	35	63

Género * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Género	F		1	1
		M		2	2
	Total			3	3
CabPes	Género	M		1	1
	Total			1	1
Cólon	Género	F	6	5	11
		M	5	4	9
	Total		11	9	20
Endomêtr	Género	F		2	2
	Total			2	2
Estômago	Género	F	2		2
		M	1		1
	Total		3		3
Fígado	Género	M	1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Género	F	1	2	3
		M		1	1
	Total		1	3	4
LLC	Género	F		1	1
		M		1	1
	Total			2	2
Mama	Género	F	8	12	20
	Total		8	12	20
Melanoma	Género	M		1	1
	Total			1	1
MielMult	Género	F	1	3	4
	Total		1	3	4
Ovário	Género	F	2	3	5
	Total		2	3	5
Pancreas	Género	F	1	2	3
	Total		1	2	3
Prostata	Género	M	2	4	6
	Total		2	4	6
Pulmão	Género	F		3	3
		M	3	8	11
	Total		3	11	14
Recto	Género	F		1	1
		M	1		1
	Total		1	1	2
Vesical	Género	M		1	1
	Total			1	1

Género * Presença de dor * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Género	F	6	26	32
		M	2	3	5
	Total		8	29	37
ans.lig	Género	F	4	2	6
		M	1	6	7
	Total		5	8	13
aus.ans	Género	F	11	7	18
		M	10	14	24
	Total		21	21	42

Género * Presença de dor * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Género	F	8	11	19
		M	9	14	23
	Total		17	25	42
dep.gra	Género	F	6	15	21
		M	1	4	5
	Total		7	19	26
dep.lig.	Género	F	7	9	16
		M	3	5	8
	Total		10	14	24

Género * Presença de dor * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Género	F	7	5	12
		M	6	11	17
	Total		13	16	29
Presença de Perturbação	Género	F	14	30	44
		M	7	12	19
	Total		21	42	63

Com quem vive * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuvante	Paliativa	
Bexiga	Com quem vive	Com o conjugue	2			2
		Sozinho	1			1
	Total		3			3
CabPes	Com quem vive	Com o conjugue e os filhos		1		1
	Total			1		1
Cólon	Com quem vive	Com o conjugue	11		1	12
		Com o conjugue e os filhos	4			4
		Com o (a) filho (a)	2			2
		Sozinho	2			2
	Total		19		1	20
Endométr	Com quem vive	Com o conjugue	2			2
	Total		2			2
Estômago	Com quem vive	Com o conjugue	1			1
		Com o conjugue e os filhos	1			1
		Sozinho	1			1
	Total		3			3
Fígado	Com quem vive	Com o conjugue			1	1
	Total				1	1
L.N.Hodj	Com quem vive	Com o conjugue	2			2
		Com o conjugue e os filhos	1			1
		Num lar	1			1
	Total		4			4
LLC	Com quem vive	Com o conjugue	2			2
	Total		2			2
Mama	Com quem vive	Com o conjugue	5	1		6
		Com o conjugue e os filhos	4	4	3	11
		Com o (a) filho (a)	1	1		2
		Sozinho	1			1
	Total		11	6	3	20
Melanoma	Com quem vive	Com o conjugue e os filhos	1			1
	Total		1			1

Com quem vive * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuvante	Paliativa	
MielMult	Com quem vive	Com o conjugue			1	1
		Com o conjugue e os filhos	1		1	2
		Num lar	1			1
	Total		2		2	4
Ovário	Com quem vive	Com o conjugue	3			3
		Sozinho			1	1
		Num lar	1			1
Total		4		1	5	
Pancreas	Com quem vive	Com o conjugue	1			1
		Com o (a) filho (a)			1	1
		Sozinho			1	1
Total		1		2	3	
Prostata	Com quem vive	Com o conjugue	3			3
		Com o conjugue e os filhos	1		1	2
		Com o (a) filho (a)	1			1
	Total		5		1	6
Pulmão	Com quem vive	Com o conjugue	4	3	3	10
		Com o conjugue e os filhos		2		2
		Sozinho	1			1
		Num lar		1		1
	Total		5	6	3	14
Recto	Com quem vive	Com o conjugue e os filhos	1			1
		Com o (a) filho (a)	1			1
	Total		2			2
Vesical	Com quem vive	Com o (a) filho (a)	1			1
	Total		1			1

Com quem vive * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
ans.grav	Com quem vive	Com o conjugue	16	2	2	20
		Com o conjugue e os filhos	6	4	1	11
		Com o (a) filho (a)	2	1		3
		Num lar	3			3
	Total		27	7	3	37
ans.lig	Com quem vive	Com o conjugue	4	1	1	6
		Com o conjugue e os filhos	1	1		2
		Com o (a) filho (a)	2		1	3
		Sozinho	1		1	2
	Total		8	2	3	13
aus.ans	Com quem vive	Com o conjugue	16	1	3	20
		Com o conjugue e os filhos	7	2	4	13
		Com o (a) filho (a)	2			2
		Sozinho	5		1	6
	Num lar			1	1	
Total		30	4	8	42	

Com quem vive * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
aus.dep.	Com quem vive	Com o conjugue	18	2	1	21
		Com o conjugue e os filhos	8	3	3	14
		Com o (a) filho (a)	1			1
		Sozinho	4		1	5
	Num lar	1			1	
Total		32	5	5	42	
dep.gra	Com quem vive	Com o conjugue	10	2	3	15
		Com o conjugue e os filhos	4	3		7
		Com o (a) filho (a)	1		1	2
	Sozinho	2			2	
Total		17	5	4	26	
dep.lig.	Com quem vive	Com o conjugue	8		2	10
		Com o conjugue e os filhos	2	1	2	5
		Com o (a) filho (a)	4	1		5
		Sozinho			1	1
	Num lar	2	1		3	
Total		16	3	5	24	

Com quem vive * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuvante	Paliativa	
Ausência de Perturbação	Com quem vive	Com o conjugue	13	1	1	15
		Com o conjugue e os filhos	5	2	2	9
		Com o (a) filho (a)	1			1
		Sozinho	4			4
	Total		23	3	3	29
Presença de Perturbação	Com quem vive	Com o conjugue	23	3	5	31
		Com o conjugue e os filhos	9	5	3	17
		Com o (a) filho (a)	5	1	1	7
		Sozinho	2		2	4
	Num lar	3	1		4	
Total		42	10	11	63	

Com quem vive * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Com quem vive	Com o conjugue		2	2
		Sozinho	1		1
	Total		1	2	3
CabPes	Com quem vive	Com o conjugue e os filhos	1		1
	Total		1		1
Cólon	Com quem vive	Com o conjugue	10	2	12
		Com o conjugue e os filhos	3	1	4
		Com o (a) filho (a)	2		2
	Total		17	3	20
Endométr	Com quem vive	Com o conjugue	1	1	2
	Total		1	1	2
Estômago	Com quem vive	Com o conjugue	1		1
		Com o conjugue e os filhos	1		1
		Sozinho	1		1
	Total		3		3
Fígado	Com quem vive	Com o conjugue	1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Com quem vive	Com o conjugue	2		2
		Com o conjugue e os filhos	1		1
	Total			1	1

Com quem vive * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização		Recidiva		Total
		Não	Sim	
L.N.Hodj	Total	3	1	4
LLC	Com quem vive	2		2
	Total	2		2
Mama	Com quem vive	6		6
	Com o conjugue e os filhos	6	5	11
	Com o (a) filho (a)	2		2
	Sozinho	1		1
Total	15	5	20	
Melanoma	Com quem vive	1		1
	Total	1		1
MielMutt	Com quem vive	1		1
	Com o conjugue e os filhos	1	1	2
	Num lar	1		1
	Total	3	1	4
Ovário	Com quem vive	2	1	3
	Sozinho		1	1
	Num lar	1		1
	Total	3	2	5
Pancreas	Com quem vive	1		1
	Com o (a) filho (a)		1	1
	Sozinho		1	1
	Total	1	2	3
Prostata	Com quem vive	3		3
	Com o conjugue e os filhos	2		2
	Com o (a) filho (a)	1		1
	Total	6		6
Pulmão	Com quem vive	10		10
	Com o conjugue e os filhos	2		2
	Sozinho	1		1
	Num lar	1		1
	Total	14		14
Recto	Com quem vive	1		1
	Com o (a) filho (a)	1		1
	Total	2		2
Vesical	Com quem vive	1		1
	Total	1		1

Com quem vive * Recidiva * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Recidiva		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Com quem vive	Com o conjugue	17	3	20
		Com o conjugue e os filhos	9	2	11
		Com o (a) filho (a)	3		3
		Num lar	2	1	3
	Total	31	6	37	
ans.lig	Com quem vive	Com o conjugue	6		6
		Com o conjugue e os filhos	2		2
		Com o (a) filho (a)	2	1	3
		Sozinho	1	1	2
	Total	11	2	13	
aus.ans	Com quem vive	Com o conjugue	17	3	20
		Com o conjugue e os filhos	8	5	13
		Com o (a) filho (a)	2		2
		Sozinho	5	1	6
	Num lar	1		1	
Total	33	9	42		

Com quem vive * Recidiva * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Recidiva		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Com quem vive	Com o conjugue	17	4	21
		Com o conjugue e os filhos	10	4	14
		Com o (a) filho (a)	1		1
		Sozinho	4	1	5
	Num lar		1	1	
Total	32	10	42		
dep.gra	Com quem vive	Com o conjugue	14	1	15
		Com o conjugue e os filhos	6	1	7
		Com o (a) filho (a)	1	1	2
	Sozinho	2		2	
Total	23	3	26		
dep.lig.	Com quem vive	Com o conjugue	9	1	10
		Com o conjugue e os filhos	3	2	5
		Com o (a) filho (a)	5		5
		Sozinho		1	1
	Num lar	3		3	
Total	20	4	24		

Com quem vive * Recidiva * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Com quem vive	Com o conjugue	12	3	15
		Com o conjugue e os filhos	6	3	9
		Com o (a) filho (a)	1		1
		Sozinho	4		4
	Total		23	6	29
Presença de Perturbação	Com quem vive	Com o conjugue	28	3	31
		Com o conjugue e os filhos	13	4	17
		Com o (a) filho (a)	6	1	7
		Sozinho	2	2	4
		Num lar	3	1	4
	Total		52	11	63

Com quem vive * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Com quem vive	Com o conjugue	2		2
		Sozinho	1		1
	Total		3		3
CabPes	Com quem vive	Com o conjugue e os filhos	1		1
	Total		1		1
Cólon	Com quem vive	Com o conjugue	8	4	12
		Com o conjugue e os filhos	1	3	4
		Com o (a) filho (a)	2		2
		Sozinho	1	1	2
	Total		12	8	20
Endométr	Com quem vive	Com o conjugue	1	1	2
	Total		1	1	2
Estômago	Com quem vive	Com o conjugue		1	1
		Com o conjugue e os filhos		1	1
		Sozinho	1		1
Total		1	2	3	
Fígado	Com quem vive	Com o conjugue		1	1
	Total			1	1
L.N.Hodj	Com quem vive	Com o conjugue	1	1	2
		Com o conjugue e os filhos		1	1
		Num lar	1		1

Com quem vive * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
L.N.Hodj	Total		2	2	4
LLC	Com quem vive	Com o conjugue	2		2
	Total		2		2
Mama	Com quem vive	Com o conjugue	2	4	6
		Com o conjugue e os filhos	3	8	11
		Com o (a) filho (a) Sozinho		2	2
	Total		5	15	20
Melanoma	Com quem vive	Com o conjugue e os filhos		1	1
	Total			1	1
MielMult	Com quem vive	Com o conjugue		1	1
		Com o conjugue e os filhos	2		2
	Total	Num lar	1		1
			3	1	4
Ovário	Com quem vive	Com o conjugue		3	3
		Sozinho	1		1
	Total	Num lar		1	1
			1	4	5
Pancreas	Com quem vive	Com o conjugue		1	1
		Com o (a) filho (a)	1		1
	Total	Sozinho		1	1
			1	2	3
Prostata	Com quem vive	Com o conjugue	2	1	3
		Com o conjugue e os filhos	1	1	2
		Com o (a) filho (a)	1		1
	Total		4	2	6
Pulmão	Com quem vive	Com o conjugue	5	5	10
		Com o conjugue e os filhos	2		2
		Sozinho	1		1
		Num lar	1		1
	Total		9	5	14
Recto	Com quem vive	Com o conjugue e os filhos		1	1
		Com o (a) filho (a)	1		1
	Total		1	1	2
Vesical	Com quem vive	Com o (a) filho (a)		1	1
	Total			1	1

Com quem vive * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Com quem vive	Com o conjugue	5	15	20
		Com o conjugue e os filhos	2	9	11
		Com o (a) filho (a)		3	3
		Num lar	2	1	3
		Total	9	28	37
ans.lig	Com quem vive	Com o conjugue	4	2	6
		Com o conjugue e os filhos	1	1	2
		Com o (a) filho (a)	3		3
		Sozinho	1	1	2
		Total	9	4	13
aus.ans	Com quem vive	Com o conjugue	14	6	20
		Com o conjugue e os filhos	7	6	13
		Com o (a) filho (a)	2		2
		Sozinho	4	2	6
		Num lar	1		1
Total	28	14	42		

Com quem vive * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Com quem vive	Com o conjugue	15	6	21
		Com o conjugue e os filhos	5	9	14
		Com o (a) filho (a)	1		1
		Sozinho	2	3	5
		Num lar	1		1
		Total	24	18	42
dep.gra	Com quem vive	Com o conjugue	2	13	15
		Com o conjugue e os filhos	2	5	7
		Com o (a) filho (a)	1	1	2
		Sozinho	2		2
		Total	7	19	26
dep.lig.	Com quem vive	Com o conjugue	6	4	10
		Com o conjugue e os filhos	3	2	5
		Com o (a) filho (a)	3	2	5
		Sozinho	1		1
		Num lar	2	1	3
		Total	15	9	24

Com quem vive * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Com quem vive	Com o conjugue	11	4	15
		Com o conjugue e os filhos	4	5	9
		Com o (a) filho (a)	1		1
		Sozinho	2	2	4
	Total		18	11	29
Presença de Perturbação	Com quem vive	Com o conjugue	12	19	31
		Com o conjugue e os filhos	6	11	17
		Com o (a) filho (a)	4	3	7
		Sozinho	3	1	4
		Num lar	3	1	4
	Total		28	35	63

Com quem vive * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Com quem vive	Com o conjugue		2	2
		Sozinho		1	1
	Total			3	3
CabPes	Com quem vive	Com o conjugue e os filhos		1	1
	Total			1	1
Cólon	Com quem vive	Com o conjugue	7	5	12
		Com o conjugue e os filhos	1	3	4
		Com o (a) filho (a)	2		2
		Sozinho	1	1	2
	Total		11	9	20
Endométr	Com quem vive	Com o conjugue		2	2
	Total			2	2
Estômago	Com quem vive	Com o conjugue	1		1
		Com o conjugue e os filhos	1		1
		Sozinho	1		1
	Total		3		3
Fígado	Com quem vive	Com o conjugue	1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Com quem vive	Com o conjugue		2	2
		Com o conjugue e os filhos	1		1
	Total			1	1

Com quem vive * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
L.N.Hodj	Total		1	3	4
LLC	Com quem vive	Com o conjugue		2	2
	Total			2	2
Mama	Com quem vive	Com o conjugue	2	4	6
		Com o conjugue e os filhos	5	6	11
		Com o (a) filho (a) Sozinho	1	2	2
	Total		8	12	20
Melanoma	Com quem vive	Com o conjugue e os filhos		1	1
	Total			1	1
MielMult	Com quem vive	Com o conjugue		1	1
		Com o conjugue e os filhos	1	1	2
	Total	Num lar		1	1
Ovário	Com quem vive	Com o conjugue	1	2	3
		Sozinho	1		1
		Num lar		1	1
	Total		2	3	5
Pancreas	Com quem vive	Com o conjugue	1		1
		Com o (a) filho (a)		1	1
	Total	Sozinho		1	1
Prostata	Com quem vive	Com o conjugue	1	2	3
		Com o conjugue e os filhos		2	2
		Com o (a) filho (a)	1		1
	Total		2	4	6
Pulmão	Com quem vive	Com o conjugue	3	7	10
		Com o conjugue e os filhos		2	2
		Sozinho		1	1
	Total	Num lar		1	1
Recto	Com quem vive	Com o conjugue e os filhos		1	1
		Com o (a) filho (a)	1		1
	Total		1	1	2
Vesical	Com quem vive	Com o (a) filho (a)		1	1
	Total			1	1

Com quem vive * Presença de dor * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Com quem vive	Com o conjugue	5	15	20
		Com o conjugue e os filhos	3	8	11
		Com o (a) filho (a)		3	3
		Num lar		3	3
	Total		8	29	37
ans.lig	Com quem vive	Com o conjugue	2	4	6
		Com o conjugue e os filhos		2	2
		Com o (a) filho (a)	2	1	3
	Sozinho	1	1	2	
Total		5	8	13	
aus.ans	Com quem vive	Com o conjugue	10	10	20
		Com o conjugue e os filhos	6	7	13
		Com o (a) filho (a)	2		2
		Sozinho	3	3	6
	Num lar		1	1	
Total		21	21	42	

Com quem vive * Presença de dor * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Com quem vive	Com o conjugue	9	12	21
		Com o conjugue e os filhos	5	9	14
		Com o (a) filho (a)	1		1
		Sozinho	2	3	5
	Num lar		1	1	
Total		17	25	42	
dep.gra	Com quem vive	Com o conjugue	4	11	15
		Com o conjugue e os filhos	2	5	7
		Com o (a) filho (a)		2	2
	Sozinho	1	1	2	
Total		7	19	26	
dep.lig.	Com quem vive	Com o conjugue	4	6	10
		Com o conjugue e os filhos	2	3	5
		Com o (a) filho (a)	3	2	5
		Sozinho	1		1
	Num lar		3	3	
Total		10	14	24	

Com quem vive * Presença de dor * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Com quem vive	Com o conjugue	6	9	15
		Com o conjugue e os filhos	4	5	9
		Com o (a) filho (a)	1		1
		Sozinho	2	2	4
Total			13	16	29
Presença de Perturbação	Com quem vive	Com o conjugue	11	20	31
		Com o conjugue e os filhos	5	12	17
		Com o (a) filho (a)	3	4	7
		Sozinho	2	2	4
		Num lar		4	4
Total			21	42	63

Antecedentes de Depressão * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Bexiga	Antecedentes de Depressão	Não	3			3
	Total		3			3
CabPes	Antecedentes de Depressão	Não		1		1
	Total			1		1
Cólon	Antecedentes de Depressão	Não	13		1	14
		Sim	6			6
	Total			19	1	20
Endométr	Antecedentes de Depressão	Não	2			2
	Total		2			2
Estômago	Antecedentes de Depressão	Não	3			3
	Total		3			3
Fígado	Antecedentes de Depressão	Sim			1	1
	Total				1	1
L.N.Hodj	Antecedentes de Depressão	Não	4			4
	Total		4			4
LLC	Antecedentes de Depressão	Não	1			1
		Sim	1			1
	Total			2		2
Mama	Antecedentes de Depressão	Não	7	1	3	11
		Sim	4	5		9
	Total			11	6	3

Antecedentes de Depressão * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Melanoma	Antecedentes de Depressão	Sim	1			1
	Total		1			1
MielMult	Antecedentes de Depressão	Não			2	2
		Sim	2			2
Total			2		2	4
Ovário	Antecedentes de Depressão	Não	2		1	3
		Sim	2			2
Total			4		1	5
Pancreas	Antecedentes de Depressão	Não	1		1	2
		Sim			1	1
Total			1		2	3
Prostata	Antecedentes de Depressão	Não	5		1	6
	Total		5		1	6
Pulmão	Antecedentes de Depressão	Não	5	4	3	12
		Sim		2		2
Total			5	6	3	14
Recto	Antecedentes de Depressão	Não	2			2
	Total		2			2
Vesical	Antecedentes de Depressão	Sim	1			1
	Total		1			1

Antecedentes de Depressão * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
ans.grav	Antecedentes de Depressão	Não	14	1	3	18
		Sim	13	6		19
	Total			27	7	3
ans.lig	Antecedentes de Depressão	Não	6	1	2	9
		Sim	2	1	1	4
	Total			8	2	3
aus.ans	Antecedentes de Depressão	Não	28	4	7	39
		Sim	2		1	3
	Total			30	4	8

Antecedentes de Depressão * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
aus.dep.	Antecedentes	Não	28	4	5	37
	de Depressão	Sim	4	1		5
	Total		32	5	5	42
dep.gra	Antecedentes	Não	10	1	3	14
	de Depressão	Sim	7	4	1	12
	Total		17	5	4	26
dep.lig.	Antecedentes	Não	10	1	4	15
	de Depressão	Sim	6	2	1	9
	Total		16	3	5	24

Antecedentes de Depressão * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Ausência de Perturbação	Antecedentes	Não	22	3	3	28
	de Depressão	Sim	1			1
	Total		23	3	3	29
Presença de Perturbação	Antecedentes	Não	26	3	9	38
	de Depressão	Sim	16	7	2	25
	Total		42	10	11	63

Antecedentes de Depressão * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Antecedentes de Depressão	Não	1	2	3
	Total		1	2	3
CabPes	Antecedentes de Depressão	Não	1		1
	Total		1		1
Cólon	Antecedentes de Depressão	Não	11	3	14
		Sim	6		6
	Total		17	3	20
Endométr	Antecedentes de Depressão	Não	1	1	2
	Total		1	1	2
Estômago	Antecedentes de Depressão	Não	3		3
	Total		3		3
Fígado	Antecedentes de Depressão	Sim	1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Antecedentes de Depressão	Não	3	1	4
	Total		3	1	4
LLC	Antecedentes de Depressão	Não	1		1
		Sim	1		1
	Total		2		2
Mama	Antecedentes de Depressão	Não	7	4	11
		Sim	8	1	9
	Total		15	5	20
Melanoma	Antecedentes de Depressão	Sim	1		1
	Total		1		1
MielMult	Antecedentes de Depressão	Não	1	1	2
		Sim	2		2
	Total		3	1	4
Ovário	Antecedentes de Depressão	Não	1	2	3
		Sim	2		2
	Total		3	2	5
Pancreas	Antecedentes de Depressão	Não	1	1	2
		Sim		1	1
	Total		1	2	3
Prostata	Antecedentes de Depressão	Não	6		6
	Total		6		6
Pulmão	Antecedentes de Depressão	Não	12		12
		Sim	2		2
	Total		14		14
Recto	Antecedentes de Depressão	Não	2		2
	Total		2		2
Vesical	Antecedentes de Depressão	Sim	1		1
	Total		1		1

Antecedentes de Depressão * Recidiva * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Recidiva		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Antecedentes de Depressão	Não	13	5	18
		Sim	18	1	19
	Total		31	6	37
ans.lig	Antecedentes de Depressão	Não	8	1	9
		Sim	3	1	4
	Total		11	2	13
aus.ans	Antecedentes de Depressão	Não	30	9	39
		Sim	3		3
	Total		33	9	42

Antecedentes de Depressão * Recidiva * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Recidiva		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Antecedentes de Depressão	Não	27	10	37
		Sim	5		5
	Total		32	10	42
dep.gra	Antecedentes de Depressão	Não	13	1	14
		Sim	10	2	12
	Total		23	3	26
dep.lig.	Antecedentes de Depressão	Não	11	4	15
		Sim	9		9
	Total		20	4	24

Antecedentes de Depressão * Recidiva * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Antecedentes de Depressão	Não	22	6	28
		Sim	1		1
	Total		23	6	29
Presença de Perturbação	Antecedentes de Depressão	Não	29	9	38
		Sim	23	2	25
	Total		52	11	63

Antecedentes de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Antecedentes de Depressão	Não	3		3
	Total		3		3

Antecedentes de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
CabPes	Antecedentes de Depressão	Não	1		1
	Total		1		1
Cólon	Antecedentes de Depressão	Não	8	6	14
		Sim	4	2	6
	Total		12	8	20
Endométr	Antecedentes de Depressão	Não	1	1	2
	Total		1	1	2
Estômago	Antecedentes de Depressão	Não	1	2	3
	Total		1	2	3
Fígado	Antecedentes de Depressão	Sim		1	1
	Total			1	1
L.N.Hodj	Antecedentes de Depressão	Não	2	2	4
	Total		2	2	4
LLC	Antecedentes de Depressão	Não	1		1
		Sim	1		1
	Total		2		2
Mama	Antecedentes de Depressão	Não	3	8	11
		Sim	2	7	9
	Total		5	15	20
Melanoma	Antecedentes de Depressão	Sim		1	1
	Total			1	1
MielMult	Antecedentes de Depressão	Não	1	1	2
		Sim	2		2
	Total		3	1	4
Ovário	Antecedentes de Depressão	Não	1	2	3
		Sim		2	2
	Total		1	4	5
Pancreas	Antecedentes de Depressão	Não		2	2
		Sim	1		1
	Total		1	2	3
Prostata	Antecedentes de Depressão	Não	4	2	6
	Total		4	2	6
Pulmão	Antecedentes de Depressão	Não	8	4	12
		Sim	1	1	2
	Total		9	5	14
Recto	Antecedentes de Depressão	Não	1	1	2
	Total		1	1	2
Vesical	Antecedentes de Depressão	Sim		1	1
	Total			1	1

Antecedentes de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Antecedentes de Depressão	Não	4	14	18
		Sim	5	14	19
	Total		9	28	37
ans.lig	Antecedentes de Depressão	Não	5	4	9
		Sim	4		4
	Total		9	4	13
aus.ans	Antecedentes de Depressão	Não	26	13	39
		Sim	2	1	3
	Total		28	14	42

Antecedentes de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Antecedentes de Depressão	Não	19	18	37
		Sim	5		5
	Total		24	18	42
dep.gra	Antecedentes de Depressão	Não	4	10	14
		Sim	3	9	12
	Total		7	19	26
dep.lig.	Antecedentes de Depressão	Não	12	3	15
		Sim	3	6	9
	Total		15	9	24

Antecedentes de Depressão * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Antecedentes de Depressão	Não	17	11	28
		Sim	1		1
	Total		18	11	29
Presença de Perturbação	Antecedentes de Depressão	Não	18	20	38
		Sim	10	15	25
	Total		28	35	63

Antecedentes de Depressão * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Antecedentes de Depressão	Não		3	3
	Total			3	3
CabPes	Antecedentes de Depressão	Não		1	1
	Total			1	1
Côlon	Antecedentes de Depressão	Não	7	7	14
		Sim	4	2	6
	Total		11	9	20
Endométr	Antecedentes de Depressão	Não		2	2
	Total			2	2
Estômago	Antecedentes de Depressão	Não	3		3
	Total		3		3
Fígado	Antecedentes de Depressão	Sim	1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Antecedentes de Depressão	Não	1	3	4
	Total		1	3	4
LLC	Antecedentes de Depressão	Não		1	1
		Sim		1	1
	Total			2	2
Mama	Antecedentes de Depressão	Não	6	5	11
		Sim	2	7	9
	Total		8	12	20
Melanoma	Antecedentes de Depressão	Sim		1	1
	Total			1	1
MielMult	Antecedentes de Depressão	Não	1	1	2
		Sim		2	2
	Total		1	3	4
Ovário	Antecedentes de Depressão	Não	1	2	3
		Sim	1	1	2
	Total		2	3	5
Pancreas	Antecedentes de Depressão	Não	1	1	2
		Sim		1	1
	Total		1	2	3
Prostata	Antecedentes de Depressão	Não	2	4	6
	Total		2	4	6
Pulmão	Antecedentes de Depressão	Não	3	9	12
		Sim		2	2
	Total		3	11	14
Recto	Antecedentes de Depressão	Não	1	1	2
	Total		1	1	2
Vesical	Antecedentes de Depressão	Sim		1	1
	Total			1	1

Antecedentes de Depressão * Presença de dor * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Antecedentes de Depressão	Não	4	14	18
		Sim	4	15	19
	Total		8	29	37
ans.lig	Antecedentes de Depressão	Não	3	6	9
		Sim	2	2	4
	Total		5	8	13
aus.ans	Antecedentes de Depressão	Não	19	20	39
		Sim	2	1	3
	Total		21	21	42

Antecedentes de Depressão * Presença de dor * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Antecedentes de Depressão	Não	14	23	37
		Sim	3	2	5
	Total		17	25	42
dep.gra	Antecedentes de Depressão	Não	4	10	14
		Sim	3	9	12
	Total		7	19	26
dep.lig.	Antecedentes de Depressão	Não	8	7	15
		Sim	2	7	9
	Total		10	14	24

Antecedentes de Depressão * Presença de dor * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Antecedentes de Depressão	Não	12	16	28
		Sim	1		1
	Total		13	16	29
Presença de Perturbação	Antecedentes de Depressão	Não	14	24	38
		Sim	7	18	25
	Total		21	42	63

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Bexiga	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	3			3
	Total		3			3
CabPes	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não		1		1
	Total			1		1
Cólon	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	15		1	16
		Sim	4			4
	Total		19		1	20
Endométr	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	2			2
	Total		2			2
Estômago	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	3			3
	Total		3			3
Fígado	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não			1	1
	Total				1	1
L.N.Hodj	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	4			4
	Total		4			4
LLC	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1			1
		Sim	1			1
	Total		2			2
Mama	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	6	1	3	10
		Sim	5	5		10
	Total		11	6	3	20
Melanoma	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1			1
	Total		1			1
MielMult	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não			2	2
		Sim	2			2
	Total		2		2	4
Ovário	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	2		1	3
		Sim	2			2
	Total		4		1	5
Pancreas	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1		1	2
		Sim			1	1

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Pancreas	Total		1		2	3
Prostata	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	5		1	6
	Total		5		1	6
Pulmão	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	5	4	3	12
		Sim		2		2
	Total		5	6	3	14
Recto	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	2			2
	Total		2			2
Vesical	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Sim	1			1
	Total		1			1

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
ans.grav	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	16	1	3	20
		Sim	11	6		17
	Total		27	7	3	37
ans.lig	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	7	1	2	10
		Sim	1	1	1	3
	Total		8	2	3	13
aus.ans	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	27	4	8	39
		Sim	3			3
	Total		30	4	8	42

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuvante	Paliativa	
aus.dep.	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	28	4	5	37
		Sim	4	1		5
	Total		32	5	5	42
dep.gra	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	11	1	3	15
		Sim	6	4	1	11
	Total		17	5	4	26
dep.lig.	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	11	1	5	17
		Sim	5	2		7
	Total		16	3	5	24

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuvante	Paliativa	
Ausência de Perturbação	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	21	3	3	27
		Sim	2			2
	Total		23	3	3	29
Presença de Perturbação	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	29	3	10	42
		Sim	13	7	1	21
	Total		42	10	11	63

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	2	3
	Total		1	2	3
CabPes	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1		1
	Total		1		1
Cólon	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	13	3	16
		Sim	4		4
	Total		17	3	20

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Endométr	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	1	2
	Total		1	1	2
Estômago	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	3		3
	Total		3		3
Fígado	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	3	1	4
	Total		3	1	4
LLC	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1		1
		Sim	1		1
	Total		2		2
Mama	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	6	4	10
		Sim	9	1	10
	Total		15	5	20
Melanoma	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1		1
	Total		1		1
MielMult	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	1	2
		Sim	2		2
	Total		3	1	4
Ovário	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	2	3
		Sim	2		2
	Total		3	2	5
Pancreas	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	1	2
		Sim		1	1
	Total		1	2	3
Prostata	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	6		6
	Total		6		6
Pulmão	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	12		12
		Sim	2		2
	Total		14		14

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Recto	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	2		2
	Total		2		2
Vesical	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Sim	1		1
	Total		1		1

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Recidiva * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Recidiva		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	15	5	20
		Sim	16	1	17
	Total		31	6	37
ans.lig	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	9	1	10
		Sim	2	1	3
	Total		11	2	13
aus.ans	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	30	9	39
		Sim	3		3
	Total		33	9	42

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Recidiva * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Recidiva		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	27	10	37
		Sim	5		5
	Total		32	10	42
dep.gra	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	14	1	15
		Sim	9	2	11
	Total		23	3	26
dep.lig.	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	13	4	17
		Sim	7		7
	Total		20	4	24

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Recidiva * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	21	6	27
		Sim	2		2
	Total		23	6	29
Presença de Perturbação	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	33	9	42
		Sim	19	2	21
	Total		52	11	63

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	3		3
	Total		3		3
CabPes	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1		1
	Total		1		1
Cólon	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	10	6	16
		Sim	2	2	4
	Total		12	8	20
Endométr	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	1	2
	Total		1	1	2
Estômago	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	2	3
	Total		1	2	3
Fígado	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não		1	1
	Total			1	1
L.N.Hodj	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	2	2	4
	Total		2	2	4
LLC	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1		1
		Sim	1		1
	Total		2		2

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Antecedentes Oncológicos Familiares
 * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Mama	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	3	7	10
		Sim	2	8	10
	Total		5	15	20
Melanoma	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não		1	1
	Total			1	1
MielMuit	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	1	2
		Sim	2		2
	Total		3	1	4
Ovário	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	2	3
		Sim		2	2
	Total		1	4	5
Pancreas	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não		2	2
		Sim	1		1
	Total		1	2	3
Prostata	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	4	2	6
	Total		4	2	6
Pulmão	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	8	4	12
		Sim	1	1	2
	Total		9	5	14
Recto	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	1	2
	Total		1	1	2
Vesical	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Sim		1	1
	Total			1	1

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	4	16	20
		Sim	5	12	17
	Total		9	28	37
ans.lig	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	6	4	10
		Sim	3		3
	Total		9	4	13
aus.ans	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	27	12	39
		Sim	1	2	3
	Total		28	14	42

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	21	16	37
		Sim	3	2	5
	Total		24	18	42
dep.gra	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	4	11	15
		Sim	3	8	11
	Total		7	19	26
dep.lig.	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	12	5	17
		Sim	3	4	7
	Total		15	9	24

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	18	9	27
		Sim		2	2
	Total		18	11	29
Presença de Perturbação	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	19	23	42
		Sim	9	12	21
	Total		28	35	63

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não		3	3
	Total			3	3
CabPes	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não		1	1
	Total			1	1
Cólon	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	9	7	16
		Sim	2	2	4
	Total		11	9	20
Endométr	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não		2	2
	Total			2	2
Estômago	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	3		3
	Total		3		3
Fígado	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	3	4
	Total		1	3	4
LLC	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não		1	1
		Sim		1	1
	Total			2	2
Mama	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	5	5	10
		Sim	3	7	10
	Total		8	12	20
Melanoma	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não		1	1
	Total			1	1
MielMult	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	1	2
		Sim		2	2
	Total		1	3	4
Ovário	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	2	3
		Sim	1	1	2
	Total		2	3	5

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Pancreas	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	1	2
		Sim		1	1
	Total		1	2	3
Prostata	Faz Medicação Ansiolítica ou	Não	2	4	6
	Total		2	4	6
Pulmão	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	3	9	12
		Sim		2	2
	Total		3	11	14
Recto	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	1	1	2
	Total		1	1	2
Vesical	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Sim		1	1
	Total			1	1

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Presença de dor * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	5	15	20
		Sim	3	14	17
	Total		8	29	37
ans.lig	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	4	6	10
		Sim	1	2	3
	Total		5	8	13
aus.ans	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	19	20	39
		Sim	2	1	3
	Total		21	21	42

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Presença de dor * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	14	23	37
		Sim	3	2	5
	Total		17	25	42
dep.gra	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	5	10	15
		Sim	2	9	11
	Total		7	19	26
dep.lig.	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	9	8	17
		Sim	1	6	7
	Total		10	14	24

Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva * Presença de dor * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	11	16	27
		Sim	2		2
	Total		13	16	29
Presença de Perturbação	Faz Medicação Ansiolítica ou Anti-Depressiva	Não	17	25	42
		Sim	4	17	21
	Total		21	42	63

Perdas Afectivas Recentes * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuvante	Paliativa	
Bexiga	Perdas Afectivas Recentes	Não	3			3
	Total		3			3
CabPes	Perdas Afectivas Recentes	Não		1		1
	Total			1		1
Cólon	Perdas Afectivas Recentes	Não	17		1	18
		Sim	2			2
	Total		19		1	20
Endométr	Perdas Afectivas Recentes	Não	1			1
		Sim	1			1
	Total		2			2
Estômago	Perdas Afectivas Recentes	Não	2			2
		Sim	1			1
	Total		3			3
Fígado	Perdas Afectivas Recentes	Não			1	1

Perdas Afectivas Recentes * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuvante	Paliativa	
Fígado	Total				1	1
L.N.Hodj	Perdas Afectivas Recentes	Não	4			4
	Total		4			4
LLC	Perdas Afectivas Recentes	Não	1			1
		Sim	1			1
Total			2			2
Mama	Perdas Afectivas Recentes	Não	9	5	2	16
		Sim	2	1	1	4
Total			11	6	3	20
Melanoma	Perdas Afectivas Recentes	Não	1			1
	Total		1			1
MielMult	Perdas Afectivas Recentes	Não	2		1	3
		Sim			1	1
Total			2		2	4
Ovário	Perdas Afectivas Recentes	Não	2		1	3
		Sim	2			2
Total			4		1	5
Pancreas	Perdas Afectivas Recentes	Não	1		1	2
		Sim			1	1
Total			1		2	3
Prostata	Perdas Afectivas Recentes	Não	4		1	5
		Sim	1			1
Total			5		1	6
Pulmão	Perdas Afectivas Recentes	Não	5	6	3	14
	Total		5	6	3	14
Recto	Perdas Afectivas Recentes	Não	2			2
	Total		2			2
Vesical	Perdas Afectivas Recentes	Sim	1			1
	Total		1			1

Perdas Afetivas Recentes * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
ans.grav	Perdas Afetivas	Não	22	6	3	31
	Recentes	Sim	5	1		6
	Total		27	7	3	37
ans.lig	Perdas Afetivas	Não	5	2	2	9
	Recentes	Sim	3		1	4
	Total		8	2	3	13
aus.ans	Perdas Afetivas	Não	27	4	6	37
	Recentes	Sim	3		2	5
	Total		30	4	8	42

Perdas Afetivas Recentes * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
aus.dep.	Perdas Afetivas	Não	30	5	5	40
	Recentes	Sim	2			2
	Total		32	5	5	42
dep.gra	Perdas Afetivas	Não	14	5	3	22
	Recentes	Sim	3		1	4
	Total		17	5	4	26
dep.lig.	Perdas Afetivas	Não	10	2	3	15
	Recentes	Sim	6	1	2	9
	Total		16	3	5	24

Perdas Afetivas Recentes * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Ausência de Perturbação	Perdas Afetivas	Não	21	3	3	27
	Recentes	Sim	2			2
	Total		23	3	3	29
Presença de Perturbação	Perdas Afetivas	Não	33	9	8	50
	Recentes	Sim	9	1	3	13
	Total		42	10	11	63

Perdas Afectivas Recentes * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Perdas Afectivas Recentes	Não	1	2	3
	Total		1	2	3
CabPes	Perdas Afectivas Recentes	Não	1		1
	Total		1		1
Cólon	Perdas Afectivas Recentes	Não	15	3	18
		Sim	2		2
	Total		17	3	20
Endométr	Perdas Afectivas Recentes	Não	1		1
		Sim		1	1
	Total		1	1	2
Estômago	Perdas Afectivas Recentes	Não	2		2
		Sim	1		1
	Total		3		3
Fígado	Perdas Afectivas Recentes	Não	1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Perdas Afectivas Recentes	Não	3	1	4
	Total		3	1	4
LLC	Perdas Afectivas Recentes	Não	1		1
		Sim	1		1
	Total		2		2
Mama	Perdas Afectivas Recentes	Não	12	4	16
		Sim	3	1	4
	Total		15	5	20
Melanoma	Perdas Afectivas Recentes	Não	1		1
	Total		1		1
MielMult	Perdas Afectivas Recentes	Não	3		3
		Sim		1	1
	Total		3	1	4
Ovário	Perdas Afectivas Recentes	Não	1	2	3
		Sim	2		2
	Total		3	2	5
Pancreas	Perdas Afectivas Recentes	Não	1	1	2
		Sim		1	1
	Total		1	2	3
Prostata	Perdas Afectivas Recentes	Não	5		5
		Sim	1		1
	Total		6		6
Pulmão	Perdas Afectivas Recentes	Não	14		14
	Total		14		14

Perdas Afectivas Recentes * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Recto	Perdas Afectivas Recentes	Não	2		2
	Total		2		2
Vesical	Perdas Afectivas Recentes	Sim	1		1
	Total		1		1

Perdas Afectivas Recentes * Recidiva * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Recidiva		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Perdas Afectivas Recentes	Não	26	5	31
		Sim	5	1	6
	Total		31	6	37
ans.lig	Perdas Afectivas Recentes	Não	8	1	9
		Sim	3	1	4
	Total		11	2	13
aus.ans	Perdas Afectivas Recentes	Não	30	7	37
		Sim	3	2	5
	Total		33	9	42

Perdas Afectivas Recentes * Recidiva * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Recidiva		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Perdas Afectivas Recentes	Não	30	10	40
		Sim	2		2
	Total		32	10	42
dep.gra	Perdas Afectivas Recentes	Não	20	2	22
		Sim	3	1	4
	Total		23	3	26
dep.lig.	Perdas Afectivas Recentes	Não	14	1	15
		Sim	6	3	9
	Total		20	4	24

Perdas Afectivas Recentes * Recidiva * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Perdas Afectivas Recentes	Não	21	6	27
		Sim	2		2
	Total		23	6	29
Presença de Perturbação	Perdas Afectivas Recentes	Não	43	7	50
		Sim	9	4	13
	Total		52	11	63

Perdas Afectivas Recentes * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico
segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Perdas Afectivas Recentes	Não	3		3
	Total		3		3
CabPes	Perdas Afectivas Recentes	Não	1		1
	Total		1		1
Cólon	Perdas Afectivas Recentes	Não	10	8	18
		Sim	2		2
	Total		12	8	20
Endomêtr	Perdas Afectivas Recentes	Não		1	1
		Sim	1		1
	Total		1	1	2
Estômago	Perdas Afectivas Recentes	Não		2	2
		Sim	1		1
	Total		1	2	3
Fígado	Perdas Afectivas Recentes	Não		1	1
	Total			1	1
L.N.Hodj	Perdas Afectivas Recentes	Não	2	2	4
	Total		2	2	4
LLC	Perdas Afectivas Recentes	Não	1		1
		Sim	1		1
	Total		2		2
Mama	Perdas Afectivas Recentes	Não	5	11	16
		Sim		4	4
	Total		5	15	20
Melanoma	Perdas Afectivas Recentes	Não		1	1
	Total			1	1
MielMuit	Perdas Afectivas Recentes	Não	2	1	3
		Sim	1		1
	Total		3	1	4
Ovário	Perdas Afectivas Recentes	Não	1	2	3
		Sim		2	2
	Total		1	4	5
Pancreas	Perdas Afectivas Recentes	Não		2	2
		Sim	1		1
	Total		1	2	3
Prostata	Perdas Afectivas Recentes	Não	3	2	5
		Sim	1		1
	Total		4	2	6
Pulmão	Perdas Afectivas Recentes	Não	9	5	14
	Total		9	5	14

Perdas Afectivas Recentes * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Recto	Perdas Afectivas Recentes	Não	1	1	2
	Total		1	1	2
Vesical	Perdas Afectivas Recentes	Sim		1	1
	Total			1	1

Perdas Afectivas Recentes * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Perdas Afectivas Recentes	Não	8	23	31
		Sim	1	5	6
	Total		9	28	37
ans.lig	Perdas Afectivas Recentes	Não	5	4	9
		Sim	4		4
	Total		9	4	13
aus.ans	Perdas Afectivas Recentes	Não	25	12	37
		Sim	3	2	5
	Total		28	14	42

Perdas Afectivas Recentes * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Perdas Afectivas Recentes	Não	23	17	40
		Sim	1	1	2
	Total		24	18	42
dep.gra	Perdas Afectivas Recentes	Não	5	17	22
		Sim	2	2	4
	Total		7	19	26
dep.lig.	Perdas Afectivas Recentes	Não	10	5	15
		Sim	5	4	9
	Total		15	9	24

Perdas Afectivas Recentes * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Perdas Afectivas Recentes	Não	17	10	27
		Sim	1	1	2
	Total		18	11	29
Presença de Perturbação	Perdas Afectivas Recentes	Não	21	29	50
		Sim	7	6	13
	Total		28	35	63

Perdas Afectivas Recentes * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Perdas Afectivas Recentes	Não		3	3
		Sim			
	Total			3	3
CabPes	Perdas Afectivas Recentes	Não		1	1
		Sim			
	Total			1	1
Cólon	Perdas Afectivas Recentes	Não	9	9	18
		Sim	2		2
	Total		11	9	20
Endométr	Perdas Afectivas Recentes	Não		1	1
		Sim		1	1
	Total			2	2
Estômago	Perdas Afectivas Recentes	Não	2		2
		Sim	1		1
	Total		3		3
Fígado	Perdas Afectivas Recentes	Não	1		1
		Sim			
	Total		1		1
L.N.Hodj	Perdas Afectivas Recentes	Não	1	3	4
		Sim			
	Total		1	3	4
LLC	Perdas Afectivas Recentes	Não		1	1
		Sim		1	1
	Total			2	2
Mama	Perdas Afectivas Recentes	Não	5	11	16
		Sim	3	1	4
	Total		8	12	20
Melanoma	Perdas Afectivas Recentes	Não		1	1
		Sim			
	Total			1	1
MielMult	Perdas Afectivas Recentes	Não		3	3
		Sim	1		1
	Total		1	3	4

Perdas Afectivas Recentes * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Ovário	Perdas Afectivas	Não	1	2	3
	Recentes	Sim	1	1	2
	Total		2	3	5
Pancreas	Perdas Afectivas	Não	1	1	2
	Recentes	Sim		1	1
	Total		1	2	3
Prostata	Perdas Afectivas	Não	1	4	5
	Recentes	Sim	1		1
	Total		2	4	6
Pulmão	Perdas Afectivas	Não	3	11	14
	Recentes				
	Total		3	11	14
Recto	Perdas Afectivas	Não	1	1	2
	Recentes				
	Total		1	1	2
Vesical	Perdas Afectivas	Sim		1	1
	Recentes				
	Total			1	1

Perdas Afectivas Recentes * Presença de dor * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Perdas Afectivas	Não	6	25	31
	Recentes	Sim	2	4	6
	Total		8	29	37
ans.lig	Perdas Afectivas	Não	3	6	9
	Recentes	Sim	2	2	4
	Total		5	8	13
aus.ans	Perdas Afectivas	Não	16	21	37
	Recentes	Sim	5		5
	Total		21	21	42

Perdas Afectivas Recentes * Presença de dor * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Perdas Afectivas	Não	15	25	40
	Recentes	Sim	2		2
	Total		17	25	42
dep.gra	Perdas Afectivas	Não	4	18	22
	Recentes	Sim	3	1	4
	Total		7	19	26
dep.lig.	Perdas Afectivas	Não	6	9	15
	Recentes	Sim	4	5	9
	Total		10	14	24

Perdas Afectivas Recentes * Presença de dor * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Perdas Afectivas Recentes	Não	11	16	27
		Sim	2		2
	Total		13	16	29
Presença de Perturbação	Perdas Afectivas Recentes	Não	14	36	50
		Sim	7	6	13
	Total		21	42	63

Qualidade do Sono * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuvante	Paliativa	
Bexiga	Qualidade do Sono	Boa	2			2
		Má	1			1
	Total		3			3
CabPes	Qualidade do Sono	Boa		1		1
				1		1
	Total			1		1
Cólon	Qualidade do Sono	Boa	12		1	13
		Má	7			7
	Total		19		1	20
Endométr	Qualidade do Sono	Boa	1			1
		Má	1			1
	Total		2			2
Estômago	Qualidade do Sono	Boa	2			2
		Má	1			1
	Total		3			3
Fígado	Qualidade do Sono	Má			1	1
					1	1
	Total				1	1
L.N.Hodj	Qualidade do Sono	Boa	3			3
		Má	1			1
	Total		4			4
LLC	Qualidade do Sono	Boa	1			1
		Má	1			1
	Total		2			2
Mama	Qualidade do Sono	Boa	4	2	3	9
		Má	7	4		11
	Total		11	6	3	20
Melanoma	Qualidade do Sono	Boa	1			1
			1			1
	Total		1			1
MielMult	Qualidade do Sono	Boa			1	1
		Má	2		1	3
	Total		2		2	4

Qualidade do Sono * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Ovário	Qualidade do Sono	Boa	3			3
		Má	1		1	2
	Total		4		1	5
Pancreas	Qualidade do Sono	Boa	1		2	3
	Total		1		2	3
Prostata	Qualidade do Sono	Boa	4		1	5
		Má	1			1
	Total		5		1	6
Pulmão	Qualidade do Sono	Boa	5	4	1	10
		Má		2	2	4
	Total		5	6	3	14
Recto	Qualidade do Sono	Boa	2			2
	Total		2			2
Vesical	Qualidade do Sono	Boa	1			1
	Total		1			1

Qualidade do Sono * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
ans.grav	Qualidade do Sono	Boa	11	2	1	14
		Má	16	5	2	23
	Total		27	7	3	37
ans.lig	Qualidade do Sono	Boa	7	1	3	11
		Má	1	1		2
	Total		8	2	3	13
aus.ans	Qualidade do Sono	Boa	24	4	5	33
		Má	6		3	9
	Total		30	4	8	42

Qualidade do Sono * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Tipo de Quimioterapia			Total
			Ajuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
aus.dep.	Qualidade	Boa	24	4	5	33
	do Sono	Má	8	1		9
	Total			32	5	5
dep.gra	Qualidade	Boa	6	2	2	10
	do Sono	Má	11	3	2	16
	Total			17	5	4
dep.lig.	Qualidade	Boa	12	1	2	15
	do Sono	Má	4	2	3	9
	Total			16	3	5

Qualidade do Sono * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Tipo de Quimioterapia			Total
			Ajuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Ausência de Perturbação	Qualidade	Boa	18	3	3	24
	do Sono	Má	5			5
	Total			23	3	3
Presença de Perturbação	Qualidade	Boa	24	4	6	34
	do Sono	Má	18	6	5	29
	Total			42	10	11

Qualidade do Sono * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Qualidade	Boa	1	1	2
	do Sono	Má		1	1
	Total			1	2
CabPes	Qualidade	Boa	1		1
	do Sono				
	Total			1	
Cólon	Qualidade	Boa	10	3	13
	do Sono	Má	7		7
	Total			17	3
Endométr	Qualidade	Boa	1		1
	do Sono	Má		1	1
	Total			1	1
Estômago	Qualidade	Boa	2		2
	do Sono	Má	1		1
	Total			3	
Fígado	Qualidade	Má	1		1
	do Sono				
	Total			1	
L.N.Hodj	Qualidade	Boa	2	1	3
	do Sono	Má	1		1

Qualidade do Sono * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
L.N.Hodj	Total		3	1	4
LLC	Qualidade do Sono	Boa	1		1
		Má	1		1
	Total		2		2
Mama	Qualidade do Sono	Boa	5	4	9
		Má	10	1	11
	Total		15	5	20
Melanoma	Qualidade do Sono	Boa	1		1
	Total		1		1
MielMult	Qualidade do Sono	Boa		1	1
		Má	3		3
	Total		3	1	4
Ovário	Qualidade do Sono	Boa	2	1	3
		Má	1	1	2
	Total		3	2	5
Pancreas	Qualidade do Sono	Boa	1	2	3
	Total		1	2	3
Prostata	Qualidade do Sono	Boa	5		5
		Má	1		1
	Total		6		6
Pulmão	Qualidade do Sono	Boa	10		10
		Má	4		4
	Total		14		14
Recto	Qualidade do Sono	Boa	2		2
	Total		2		2
Vesical	Qualidade do Sono	Boa	1		1
	Total		1		1

Qualidade do Sono * Recidiva * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Recidiva		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Qualidade do Sono	Boa	9	5	14
		Má	22	1	23
	Total		31	6	37
ans.lig	Qualidade do Sono	Boa	9	2	11
		Má	2		2
	Total		11	2	13
aus.ans	Qualidade do Sono	Boa	27	6	33
		Má	6	3	9
	Total		33	9	42

Nível de Depressão			Não	Sim	Total
aus.dep.	Qualidade do Sono	Boa	25	8	33
		Má	7	2	9
	Total		32	10	42
dep.gra	Qualidade do Sono	Boa	7	3	10
		Má	16		16
	Total		23	3	26
dep.lig.	Qualidade do Sono	Boa	13	2	15
		Má	7	2	9
	Total		20	4	24

Qualidade do Sono * Recidiva * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Qualidade do Sono	Boa	20	4	24
		Má	3	2	5
	Total		23	6	29
Presença de Perturbação	Qualidade do Sono	Boa	25	9	34
		Má	27	2	29
	Total		52	11	63

Qualidade do Sono * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Qualidade do Sono	Boa	2		2
		Má	1		1
	Total		3		3
CabPes	Qualidade do Sono	Boa	1		1
	Total		1		1
Cólon	Qualidade do Sono	Boa	9	4	13
		Má	3	4	7
	Total		12	8	20
Endométr	Qualidade do Sono	Boa		1	1
		Má	1		1
	Total		1	1	2
Estômago	Qualidade do Sono	Boa		2	2
		Má	1		1
	Total		1	2	3
Fígado	Qualidade do Sono	Má		1	1
	Total			1	1
L.N.Hodj	Qualidade do Sono	Boa	2	1	3
		Má		1	1
	Total		2	1	3

Qualidade do Sono * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
L.N.Hodj	Total		2	2	4
LLC	Qualidade do Sono	Boa	1		1
		Má	1		1
	Total		2		2
Mama	Qualidade do Sono	Boa	4	5	9
		Má	1	10	11
	Total		5	15	20
Melanoma	Qualidade do Sono	Boa		1	1
	Total			1	1
MielMult	Qualidade do Sono	Boa	1		1
		Má	2	1	3
	Total		3	1	4
Ovário	Qualidade do Sono	Boa		3	3
		Má	1	1	2
	Total		1	4	5
Pâncreas	Qualidade do Sono	Boa	1	2	3
	Total		1	2	3
Próstata	Qualidade do Sono	Boa	3	2	5
		Má	1		1
	Total		4	2	6
Pulmão	Qualidade do Sono	Boa	7	3	10
		Má	2	2	4
	Total		9	5	14
Recto	Qualidade do Sono	Boa	1	1	2
	Total		1	1	2
Vesical	Qualidade do Sono	Boa		1	1
	Total			1	1

Qualidade do Sono * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Qualidade do Sono	Boa	3	11	14
		Má	6	17	23
	Total		9	28	37
ans.lig	Qualidade do Sono	Boa	7	4	11
		Má	2		2
	Total		9	4	13
aus.ans	Qualidade do Sono	Boa	22	11	33
		Má	6	3	9
	Total		28	14	42

Qualidade do Sono * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Qualidade do Sono	Boa	18	15	33
		Má	6	3	9
	Total		24	18	42
dep.gra	Qualidade do Sono	Boa	4	6	10
		Má	3	13	16
	Total		7	19	26
dep.lig.	Qualidade do Sono	Boa	10	5	15
		Má	5	4	9
	Total		15	9	24

Qualidade do Sono * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Qualidade do Sono	Boa	15	9	24
		Má	3	2	5
	Total		18	11	29
Presença de Perturbação	Qualidade do Sono	Boa	17	17	34
		Má	11	18	29
	Total		28	35	63

Qualidade do Sono * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Qualidade do Sono	Boa		2	2
		Má		1	1
	Total			3	3
CabPes	Qualidade do Sono	Boa		1	1
	Total			1	1
	Cólon	Qualidade do Sono	Boa	6	7
		Má	5	2	7
Total		11	9	20	
Endométr	Qualidade do Sono	Boa		1	1
		Má		1	1
	Total			2	2
Estômago	Qualidade do Sono	Boa	2		2
		Má	1		1
	Total		3		3
Fígado	Qualidade do Sono	Má	1		1
	Total		1		1
	L.N.Hodj	Qualidade do Sono	Boa	1	2
		Má		1	1
Total		1	2	3	

Qualidade do Sono * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
L.N.Hodj	Total		1	3	4
LLC	Qualidade do Sono	Boa		1	1
		Má		1	1
	Total			2	2
Mama	Qualidade do Sono	Boa	5	4	9
		Má	3	8	11
	Total		8	12	20
Melanoma	Qualidade do Sono	Boa		1	1
	Total			1	1
MielMult	Qualidade do Sono	Boa	1		1
		Má		3	3
	Total		1	3	4
Ovário	Qualidade do Sono	Boa		3	3
		Má	2		2
	Total		2	3	5
Pancreas	Qualidade do Sono	Boa	1	2	3
	Total		1	2	3
Prostata	Qualidade do Sono	Boa	2	3	5
		Má		1	1
	Total		2	4	6
Pulmão	Qualidade do Sono	Boa	2	8	10
		Má	1	3	4
	Total		3	11	14
Recto	Qualidade do Sono	Boa	1	1	2
	Total		1	1	2
Vesical	Qualidade do Sono	Boa		1	1
	Total			1	1

Qualidade do Sono * Presença de dor * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Qualidade do Sono	Boa	1	13	14
		Má	7	16	23
	Total		8	29	37
ans.lig	Qualidade do Sono	Boa	4	7	11
		Má	1	1	2
	Total		5	8	13
aus.ans	Qualidade do Sono	Boa	16	17	33
		Má	5	4	9
	Total		21	21	42

Qualidade do Sono * Presença de dor * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Qualidade do Sono	Boa	13	20	33
		Má	4	5	9
	Total			17	25
dep.gra	Qualidade do Sono	Boa	1	9	10
		Má	6	10	16
	Total			7	19
dep.lig.	Qualidade do Sono	Boa	7	8	15
		Má	3	6	9
	Total			10	14

Qualidade do Sono * Presença de dor * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Qualidade do Sono	Boa	11	13	24
		Má	2	3	5
	Total			13	16
Presença de Perturbação	Qualidade do Sono	Boa	10	24	34
		Má	11	18	29
	Total			21	42

Costuma Chorar * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Bexiga	Costuma Chorar	Não	3			3
	Total		3			3
	CabPes	Costuma Chorar	Não		1	
Total			1		1	
Cólon		Costuma Chorar	Não	8		1
		Algumas vezes	8			8
		Muitas vezes	3			3
	Total			19	1	20
Endométr	Costuma Chorar	Algumas vezes	1			1
		Muitas vezes	1			1
	Total			2		2
Estômago	Costuma Chorar	Algumas vezes	2			2
		Muitas vezes	1			1
	Total			3		3
Fígado	Costuma Chorar	Algumas vezes			1	1
	Total				1	1
	L.N.Hodj	Costuma Chorar	Não	3		
		Muitas vezes	1			1

Costuma Chorar * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuvante	Paliativa	
L.N.Hodj	Total		4			4
LLC	Costuma	Algumas vezes	1			1
	Chorar	Muitas vezes	1			1
	Total		2			2
Mama	Costuma	Não	1	1		2
	Chorar	Algumas vezes	9	4	1	14
		Muitas vezes	1	1	2	4
	Total		11	6	3	20
Melanoma	Costuma	Não	1			1
	Chorar					
	Total		1			1
MielMult	Costuma	Não			1	1
	Chorar	Algumas vezes	2		1	3
	Total		2		2	4
Ovário	Costuma	Não	1			1
	Chorar	Algumas vezes	2		1	3
		Muitas vezes	1			1
	Total		4		1	5
Pancreas	Costuma	Algumas vezes	1		2	3
	Chorar					
	Total		1		2	3
Prostata	Costuma	Não	4		1	5
	Chorar	Algumas vezes	1			1
	Total		5		1	6
Pulmão	Costuma	Não	5	4	2	11
	Chorar	Algumas vezes			1	1
		Muitas vezes		2		2
	Total		5	6	3	14
Recto	Costuma	Não	1			1
	Chorar	Algumas vezes	1			1
	Total		2			2
Vesical	Costuma	Muitas vezes	1			1
	Chorar					
	Total		1			1

Costuma Chorar * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
ans.grav	Costuma	Não	4	1	1	6
	Chorar	Algumas vezes	15	4	1	20
		Muitas vezes	8	2	1	11
	Total			27	7	3
ans.lig	Costuma	Não	4	2	1	7
	Chorar	Algumas vezes	2		2	4
		Muitas vezes	2			2
	Total			8	2	3
aus.ans	Costuma	Não	19	3	3	25
	Chorar	Algumas vezes	11		4	15
		Muitas vezes		1	1	2
	Total			30	4	8

Costuma Chorar * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
aus.dep.	Costuma	Não	21	4	2	27
	Chorar	Algumas vezes	10		2	12
		Muitas vezes	1	1	1	3
	Total			32	5	5
dep.gra	Costuma	Não	3	1	2	6
	Chorar	Algumas vezes	10	2	2	14
		Muitas vezes	4	2		6
	Total			17	5	4
dep.lig.	Costuma	Não	3	1	1	5
	Chorar	Algumas vezes	8	2	3	13
		Muitas vezes	5		1	6
	Total			16	3	5

Costuma Chorar * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Ausência de Perturbação	Costuma	Não	16	2	2	20
	Chorar	Algumas vezes	7		1	8
		Muitas vezes		1		1
	Total			23	3	3
Presença de Perturbação	Costuma	Não	11	4	3	18
	Chorar	Algumas vezes	21	4	6	31
		Muitas vezes	10	2	2	14
	Total			42	10	11

Costuma Chorar * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Costuma	Não	1	2	3
	Chorar				
	Total		1	2	3
CabPes	Costuma	Não	1		1
	Chorar				
	Total		1		1
Cólon	Costuma	Não	7	2	9
	Chorar	Algumas vezes	7	1	8
		Muitas vezes	3		3
	Total		17	3	20
Endométr	Costuma	Algumas vezes		1	1
	Chorar	Muitas vezes	1		1
	Total		1	1	2
Estômago	Costuma	Algumas vezes	2		2
	Chorar	Muitas vezes	1		1
	Total		3		3
Fígado	Costuma	Algumas vezes	1		1
	Chorar				
	Total		1		1
L.N.Hodj	Costuma	Não	2	1	3
	Chorar	Muitas vezes	1		1
	Total		3	1	4
LLC	Costuma	Algumas vezes	1		1
	Chorar	Muitas vezes	1		1
	Total		2		2
Mama	Costuma	Não	2		2
	Chorar	Algumas vezes	11	3	14
		Muitas vezes	2	2	4
	Total		15	5	20
Melanoma	Costuma	Não	1		1
	Chorar				
	Total		1		1
MielMult	Costuma	Não	1		1
	Chorar	Algumas vezes	2	1	3
	Total		3	1	4
Ovário	Costuma	Não		1	1
	Chorar	Algumas vezes	2	1	3
		Muitas vezes	1		1
	Total		3	2	5
Pancreas	Costuma	Algumas vezes	1	2	3
	Chorar				
	Total		1	2	3
Prostata	Costuma	Não	5		5
	Chorar	Algumas vezes	1		1
	Total		6		6
Pulmão	Costuma	Não	11		11
	Chorar	Algumas vezes	1		1
		Muitas vezes	2		2
	Total		14		14

Costuma Chorar * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Recto	Costuma	Não	1		1
	Chorar	Algumas vezes	1		1
	Total		2		2
Vesical	Costuma	Muitas vezes	1		1
	Chorar				
	Total		1		1

Costuma Chorar * Recidiva * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Recidiva		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Costuma	Não	4	2	6
	Chorar	Algumas vezes	17	3	20
		Muitas vezes	10	1	11
	Total		31	6	37
ans.lig	Costuma	Não	7		7
	Chorar	Algumas vezes	2	2	4
		Muitas vezes	2		2
	Total		11	2	13
aus.ans	Costuma	Não	21	4	25
	Chorar	Algumas vezes	11	4	15
		Muitas vezes	1	1	2
	Total		33	9	42

Costuma Chorar * Recidiva * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Recidiva		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Costuma	Não	21	6	27
	Chorar	Algumas vezes	9	3	12
		Muitas vezes	2	1	3
	Total		32	10	42
dep.gra	Costuma	Não	6		6
	Chorar	Algumas vezes	11	3	14
		Muitas vezes	6		6
	Total		23	3	26
dep.lig.	Costuma	Não	5		5
	Chorar	Algumas vezes	10	3	13
		Muitas vezes	5	1	6
	Total		20	4	24

Costuma Chorar * Recidiva * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Costuma Chorar	Não	16	4	20
		Algumas vezes	6	2	8
		Muitas vezes	1		1
	Total	23	6	29	
Presença de Perturbação	Costuma Chorar	Não	16	2	18
		Algumas vezes	24	7	31
		Muitas vezes	12	2	14
	Total	52	11	63	

Costuma Chorar * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Costuma Chorar	Não	3		3
		Algumas vezes			
	Total	3		3	
CabPes	Costuma Chorar	Não	1		1
		Algumas vezes			
	Total	1		1	
Cólon	Costuma Chorar	Não	6	3	9
		Algumas vezes	6	2	8
		Muitas vezes		3	3
	Total	12	8	20	
Endométr	Costuma Chorar	Algumas vezes	1		1
		Muitas vezes		1	1
	Total	1	1	2	
Estômago	Costuma Chorar	Algumas vezes		2	2
		Muitas vezes	1		1
	Total	1	2	3	
Fígado	Costuma Chorar	Algumas vezes		1	1
		Muitas vezes			
	Total		1	1	
L.N.Hodj	Costuma Chorar	Não	2	1	3
		Muitas vezes		1	1
	Total	2	2	4	
LLC	Costuma Chorar	Algumas vezes	1		1
		Muitas vezes	1		1
	Total	2		2	
Mama	Costuma Chorar	Não	1	1	2
		Algumas vezes	4	10	14
		Muitas vezes		4	4
	Total	5	15	20	
Melanoma	Costuma Chorar	Não		1	1
		Muitas vezes			
	Total		1	1	
MielMuit	Costuma Chorar	Não		1	1
		Algumas vezes	3		3

Costuma Chorar * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
MielMuit	Total		3	1	4
Ovário	Costuma	Não		1	1
	Chorar	Algumas vezes	1	2	3
		Muitas vezes		1	1
	Total		1	4	5
Pancreas	Costuma	Algumas vezes			
	Chorar		1	2	3
	Total		1	2	3
Prostata	Costuma	Não	3	2	5
	Chorar	Algumas vezes	1		1
	Total		4	2	6
Pulmão	Costuma	Não	8	3	11
	Chorar	Algumas vezes		1	1
		Muitas vezes	1	1	2
	Total		9	5	14
Recto	Costuma	Não	1		1
	Chorar	Algumas vezes		1	1
	Total		1	1	2
Vesical	Costuma	Muitas vezes			
	Chorar			1	1
	Total			1	1

Costuma Chorar * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Costuma	Não	2	4	6
	Chorar	Algumas vezes	7	13	20
		Muitas vezes		11	11
	Total		9	28	37
ans.lig	Costuma	Não	4	3	7
	Chorar	Algumas vezes	3	1	4
		Muitas vezes	2		2
Total		9	4	13	
aus.ans	Costuma	Não	19	6	25
	Chorar	Algumas vezes	8	7	15
		Muitas vezes	1	1	2
	Total		28	14	42

Costuma Chorar * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Costuma	Não	19	8	27
	Chorar	Algumas vezes	4	8	12
		Muitas vezes	1	2	3
	Total		24	18	42
dep.gra	Costuma	Não	3	3	6
	Chorar	Algumas vezes	3	11	14
		Muitas vezes	1	5	6
	Total		7	19	26
dep.lig.	Costuma	Não	3	2	5
	Chorar	Algumas vezes	11	2	13
		Muitas vezes	1	5	6
	Total		15	9	24

Costuma Chorar * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Costuma	Não	15	5	20
	Chorar	Algumas vezes	2	6	8
		Muitas vezes	1		1
	Total		18	11	29
Presença de Perturbação	Costuma	Não	10	8	18
	Chorar	Algumas vezes	16	15	31
		Muitas vezes	2	12	14
	Total		28	35	63

Costuma Chorar * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Costuma	Não		3	3
	Chorar				
	Total			3	3
CabPes	Costuma	Não		1	1
	Chorar				
	Total			1	1
Cólon	Costuma	Não	4	5	9
	Chorar	Algumas vezes	6	2	8
		Muitas vezes	1	2	3
	Total		11	9	20
Endométr	Costuma	Algumas vezes		1	1
	Chorar	Muitas vezes		1	1
	Total			2	2
Estômago	Costuma	Algumas vezes	2		2
	Chorar	Muitas vezes	1		1

Costuma Chorar * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Estômago	Total		3		3
Fígado	Costuma Chorar	Algumas vezes	1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Costuma Chorar	Não Muitas vezes	1	2	3
	Total		1	3	4
LLC	Costuma Chorar	Algumas vezes Muitas vezes		1	1
	Total			2	2
Mama	Costuma Chorar	Não	1	1	2
		Algumas vezes	5	9	14
		Muitas vezes	2	2	4
Total			8	12	20
Melanoma	Costuma Chorar	Não		1	1
	Total			1	1
MielMuit	Costuma Chorar	Não		1	1
		Algumas vezes	1	2	3
Total			1	3	4
Ovário	Costuma Chorar	Não		1	1
		Algumas vezes	2	1	3
		Muitas vezes		1	1
Total			2	3	5
Pancreas	Costuma Chorar	Algumas vezes	1	2	3
	Total		1	2	3
Prostata	Costuma Chorar	Não	1	4	5
		Algumas vezes	1		1
Total			2	4	6
Pulmão	Costuma Chorar	Não	3	8	11
		Algumas vezes		1	1
		Muitas vezes		2	2
Total			3	11	14
Recto	Costuma Chorar	Não	1		1
		Algumas vezes		1	1
Total			1	1	2
Vesical	Costuma Chorar	Muitas vezes		1	1
	Total			1	1

Costuma Chorar * Presença de dor * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Costuma	Não	1	5	6
	Chorar	Algumas vezes	5	15	20
		Muitas vezes	2	9	11
	Total		8	29	37
ans.lig	Costuma	Não	2	5	7
	Chorar	Algumas vezes	2	2	4
		Muitas vezes	1	1	2
	Total		5	8	13
aus.ans	Costuma	Não	8	17	25
	Chorar	Algumas vezes	12	3	15
		Muitas vezes	1	1	2
	Total		21	21	42

Costuma Chorar * Presença de dor * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Costuma	Não	8	19	27
	Chorar	Algumas vezes	8	4	12
		Muitas vezes	1	2	3
	Total		17	25	42
dep.gra	Costuma	Não	2	4	6
	Chorar	Algumas vezes	3	11	14
		Muitas vezes	2	4	6
	Total		7	19	26
dep.lig.	Costuma	Não	1	4	5
	Chorar	Algumas vezes	8	5	13
		Muitas vezes	1	5	6
	Total		10	14	24

Costuma Chorar * Presença de dor * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Costuma	Não	6	14	20
	Chorar	Algumas vezes	7	1	8
		Muitas vezes		1	1
	Total		13	16	29
Presença de Perturbação	Costuma	Não	5	13	18
	Chorar	Algumas vezes	12	19	31
		Muitas vezes	4	10	14
	Total		21	42	63

Faixa Etária * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Bexiga	Faixa	61 a 70 anos	2			2
	Etária	71 a 80 anos	1			1
	Total		3			3
CabPes	Faixa	51 a 60 anos		1		1
	Etária			1		1
	Total			1		1
Cólon	Faixa	51 a 60 anos	4			4
	Etária	61 a 70 anos	10		1	11
		71 a 80 anos	3			3
		81 a 90 anos	2			2
	Total		19		1	20
Endométr	Faixa	61 a 70 anos	1			1
	Etária	71 a 80 anos	1			1
	Total		2			2
Estômago	Faixa	41 a 50 anos	1			1
	Etária	61 a 70 anos	1			1
		71 a 80 anos	1			1
	Total		3			3
Fígado	Faixa	61 a 70 anos			1	1
	Etária				1	1
	Total				1	1
L.N.Hodj	Faixa	31 a 40 anos	1			1
	Etária	61 a 70 anos	2			2
		81 a 90 anos	1			1
	Total		4			4
LLC	Faixa	61 a 70 anos	2			2
	Etária					
	Total		2			2
Mama	Faixa	31 a 40 anos		1	2	3
	Etária	41 a 50 anos	4	2		6
		51 a 60 anos	3	1		4
		61 a 70 anos	2	1	1	4
		71 a 80 anos	2	1		3
	Total		11	6	3	20
Melanoma	Faixa	51 a 60 anos	1			1
	Etária					
	Total		1			1
MielMult	Faixa	61 a 70 anos	1		1	2
	Etária	71 a 80 anos	1			1
		81 a 90 anos			1	1
	Total		2		2	4
Ovário	Faixa	51 a 60 anos	1			1
	Etária	61 a 70 anos	2		1	3
		71 a 80 anos	1			1
	Total		4		1	5
Pancreas	Faixa	61 a 70 anos	1		1	2
	Etária	71 a 80 anos			1	1
	Total		1		2	3

Faixa Etária * Tipo de Quimioterapia * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Prostata	Faixa	51 a 60 anos			1	1
	Etária	71 a 80 anos	3			3
		81 a 90 anos	2			2
	Total		5		1	6
Pulmão	Faixa	51 a 60 anos		2		2
	Etária	61 a 70 anos	1	1	2	4
		71 a 80 anos	4	3	1	8
	Total		5	6	3	14
Recto	Faixa	51 a 60 anos	1			1
	Etária	61 a 70 anos	1			1
	Total		2			2
Vesical	Faixa	71 a 80 anos	1			1
	Etária					
	Total		1			1

Faixa Etária * Tipo de Quimioterapia * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
ans.grav	Faixa	31 a 40 anos		1	1	2
	Etária	41 a 50 anos	2	2		4
		51 a 60 anos	6	1		7
		61 a 70 anos	12	1	2	15
		71 a 80 anos	6	2		8
		81 a 90 anos	1			1
	Total		27	7	3	37
ans.lig	Faixa	51 a 60 anos		1		1
	Etária	61 a 70 anos	3	1	1	5
		71 a 80 anos	2		2	4
	Total		8	2	3	13
aus.ans	Faixa	31 a 40 anos	1		1	2
	Etária	41 a 50 anos	3			3
		51 a 60 anos	4	2	1	7
		61 a 70 anos	11		5	16
		71 a 80 anos	10	2		12
	Total		30	4	8	42

Faixa Etária * Tipo de Quimioterapia * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
aus.dep.	Faixa	31 a 40 anos	1		2	3
	Etária	41 a 50 anos	3			3
		51 a 60 anos	6	3	1	10
		61 a 70 anos	12	1	2	15
		71 a 80 anos	8	1		9
		81 a 90 anos	2			2
		Total		32	5	5
dep.gra	Faixa	31 a 40 anos		1		1
	Etária	41 a 50 anos	2			2
		51 a 60 anos	2	1		3
		61 a 70 anos	10	1	2	13
		71 a 80 anos	3	2	2	7
		Total		17	5	4
dep.lig.	Faixa	41 a 50 anos		2		2
	Etária	51 a 60 anos	2			2
		61 a 70 anos	4		4	8
		71 a 80 anos	7	1		8
		81 a 90 anos	3		1	4
		Total		16	3	5

Faixa Etária * Tipo de Quimioterapia * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Tipo de Quimioterapia			Total
			Adjuvante	Neo-Adjuv ante	Paliativa	
Ausência de Perturbação	Faixa	31 a 40 anos	1		1	2
	Etária	41 a 50 anos	3			3
		51 a 60 anos	3	2	1	6
		61 a 70 anos	9		1	10
		71 a 80 anos	7	1		8
		Total		23	3	3
Presença de Perturbação	Faixa	31 a 40 anos		1	1	2
	Etária	41 a 50 anos	2	2		4
		51 a 60 anos	7	2		9
		61 a 70 anos	17	2	7	26
		71 a 80 anos	11	3	2	16
		81 a 90 anos	5		1	6
	Total		42	10	11	63

Faixa Etária * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Faixa	61 a 70 anos	1	1	2
	Etária	71 a 80 anos		1	1
	Total		1	2	3
CabPes	Faixa	51 a 60 anos	1		1
	Etária				
	Total		1		1
Cólon	Faixa	51 a 60 anos	3	1	4
	Etária	61 a 70 anos	9	2	11
		71 a 80 anos	3		3
		81 a 90 anos	2		2
	Total		17	3	20
Endométr	Faixa	61 a 70 anos	1		1
	Etária	71 a 80 anos		1	1
	Total		1	1	2
Estômago	Faixa	41 a 50 anos	1		1
	Etária	61 a 70 anos	1		1
		71 a 80 anos	1		1
	Total		3		3
Fígado	Faixa	61 a 70 anos	1		1
	Etária				
	Total		1		1
L.N.Hodj	Faixa	31 a 40 anos	1		1
	Etária	61 a 70 anos	2		2
		81 a 90 anos		1	1
	Total		3	1	4
LLC	Faixa	61 a 70 anos	2		2
	Etária				
	Total		2		2
Mama	Faixa	31 a 40 anos	1	2	3
	Etária	41 a 50 anos	5	1	6
		51 a 60 anos	3	1	4
		61 a 70 anos	3	1	4
		71 a 80 anos	3		3
	Total		15	5	20
Melanoma	Faixa	51 a 60 anos	1		1
	Etária				
	Total		1		1
MielMult	Faixa	61 a 70 anos	2		2
	Etária	71 a 80 anos	1		1
		81 a 90 anos		1	1
	Total		3	1	4
Ovário	Faixa	51 a 60 anos		1	1
	Etária	61 a 70 anos	2	1	3
		71 a 80 anos	1		1
	Total		3	2	5
Pancreas	Faixa	61 a 70 anos	1	1	2
	Etária	71 a 80 anos		1	1
	Total		1	2	3

Faixa Etária * Recidiva * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Prostata	Faixa	51 a 60 anos	1		1
	Etária	71 a 80 anos	3		3
		81 a 90 anos	2		2
	Total		6		6
Pulmão	Faixa	51 a 60 anos	2		2
	Etária	61 a 70 anos	4		4
		71 a 80 anos	8		8
	Total		14		14
Recto	Faixa	51 a 60 anos	1		1
	Etária	61 a 70 anos	1		1
	Total		2		2
Vesical	Faixa	71 a 80 anos	1		1
	Total		1		1

Faixa Etária * Recidiva * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Recidiva		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Faixa	31 a 40 anos	1	1	2
	Etária	41 a 50 anos	4		4
		51 a 60 anos	5	2	7
		61 a 70 anos	14	1	15
		71 a 80 anos	7	1	8
		81 a 90 anos		1	1
	Total		31	6	37
ans.lig	Faixa	51 a 60 anos	1		1
	Etária	61 a 70 anos	4	1	5
		71 a 80 anos	3	1	4
	Total		3		3
aus.ans	Faixa	31 a 40 anos	1	1	2
	Etária	41 a 50 anos	2	1	3
		51 a 60 anos	6	1	7
		61 a 70 anos	12	4	16
		71 a 80 anos	11	1	12
		81 a 90 anos	1	1	2
	Total		33	9	42

Faixa Etária * Recidiva * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Recidiva		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Faixa	31 a 40 anos	1	2	3
	Etária	41 a 50 anos	2	1	3
		51 a 60 anos	8	2	10
		61 a 70 anos	12	3	15
		71 a 80 anos	8	1	9
		81 a 90 anos	1	1	2
	Total		32	10	42
dep.gra	Faixa	31 a 40 anos	1		1
	Etária	41 a 50 anos	2		2
		51 a 60 anos	2	1	3
		61 a 70 anos	12	1	13
		71 a 80 anos	6	1	7
	Total		23	3	26
dep.lig.	Faixa	41 a 50 anos	2		2
	Etária	51 a 60 anos	2		2
		61 a 70 anos	6	2	8
		71 a 80 anos	7	1	8
		81 a 90 anos	3	1	4
	Total		20	4	24

Faixa Etária * Recidiva * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Recidiva		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Faixa	31 a 40 anos	1	1	2
	Etária	41 a 50 anos	2	1	3
		51 a 60 anos	5	1	6
		61 a 70 anos	8	2	10
		71 a 80 anos	7	1	8
	Total		23	6	29
Presença de Perturbação	Faixa	31 a 40 anos	1	1	2
	Etária	41 a 50 anos	4		4
		51 a 60 anos	7	2	9
		61 a 70 anos	22	4	26
		71 a 80 anos	14	2	16
	81 a 90 anos	4	2	6	
Total		52	11	63	

Faixa Etária * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Faixa	61 a 70 anos	2		2
	Etária	71 a 80 anos	1		1
	Total		3		3
CabPes	Faixa	51 a 60 anos	1		1
	Etária				
	Total		1		1
Cólon	Faixa	51 a 60 anos	2	2	4
	Etária	61 a 70 anos	5	6	11
		71 a 80 anos	3		3
		81 a 90 anos	2		2
	Total		12	8	20
Endométr	Faixa	61 a 70 anos		1	1
	Etária	71 a 80 anos	1		1
	Total		1	1	2
Estômago	Faixa	41 a 50 anos		1	1
	Etária	61 a 70 anos		1	1
		71 a 80 anos	1		1
	Total		1	2	3
Fígado	Faixa	61 a 70 anos		1	1
	Etária				
	Total			1	1
L.N.Hodj	Faixa	31 a 40 anos		1	1
	Etária	61 a 70 anos	1	1	2
		81 a 90 anos	1		1
	Total		2	2	4
LLC	Faixa	61 a 70 anos	2		2
	Etária				
	Total		2		2
Mama	Faixa	31 a 40 anos	1	2	3
	Etária	41 a 50 anos	1	5	6
		51 a 60 anos	1	3	4
		61 a 70 anos		4	4
		71 a 80 anos	2	1	3
	Total		5	15	20
Melanoma	Faixa	51 a 60 anos		1	1
	Etária				
	Total			1	1
MielMult	Faixa	61 a 70 anos	1	1	2
	Etária	71 a 80 anos	1		1
		81 a 90 anos	1		1
	Total		3	1	4
Ovário	Faixa	51 a 60 anos		1	1
	Etária	61 a 70 anos	1	2	3
		71 a 80 anos		1	1
	Total		1	4	5
Pancreas	Faixa	61 a 70 anos		2	2
	Etária	71 a 80 anos	1		1
	Total		1	2	3

Faixa Etária * Antecedentes Oncológicos Familiares * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Prostata	Faixa	51 a 60 anos	1		1
	Etária	71 a 80 anos	2	1	3
		81 a 90 anos	1	1	2
		Total	4	2	6
Pulmão	Faixa	51 a 60 anos	2		2
	Etária	61 a 70 anos	2	2	4
		71 a 80 anos	5	3	8
	Total	9	5	14	
Recto	Faixa	51 a 60 anos		1	1
	Etária	61 a 70 anos	1		1
	Total	1	1	2	
Vesical	Faixa	71 a 80 anos		1	1
	Etária				
	Total			1	1

Faixa Etária * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Faixa	31 a 40 anos		2	2
	Etária	41 a 50 anos	1	3	4
		51 a 60 anos	1	6	7
		61 a 70 anos	2	13	15
		71 a 80 anos	4	4	8
		81 a 90 anos	1		1
		Total	9	28	37
ans.lig	Faixa	51 a 60 anos	1		1
	Etária	61 a 70 anos	3	2	5
		71 a 80 anos	3	1	4
		81 a 90 anos	2	1	3
		Total	9	4	13
aus.ans	Faixa	31 a 40 anos	1	1	2
	Etária	41 a 50 anos		3	3
		51 a 60 anos	5	2	7
		61 a 70 anos	10	6	16
		71 a 80 anos	10	2	12
		81 a 90 anos	2		2
Total	28	14	42		

Faixa Etária * Antecedentes Oncológicos Familiares * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Faixa	31 a 40 anos	1	2	3
	Etária	41 a 50 anos		3	3
		51 a 60 anos	5	5	10
		61 a 70 anos	9	6	15
		71 a 80 anos	8	1	9
		81 a 90 anos	1	1	2
	Total		24	18	42
dep.gra	Faixa	31 a 40 anos		1	1
	Etária	41 a 50 anos		2	2
		51 a 60 anos	1	2	3
		61 a 70 anos	3	10	13
		71 a 80 anos	3	4	7
	Total		7	19	26
dep.lig.	Faixa	41 a 50 anos	1	1	2
	Etária	51 a 60 anos	1	1	2
		61 a 70 anos	3	5	8
		71 a 80 anos	6	2	8
		81 a 90 anos	4		4
	Total		15	9	24

Faixa Etária * Antecedentes Oncológicos Familiares * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Antecedentes Oncológicos Familiares		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Faixa	31 a 40 anos	1	1	2
	Etária	41 a 50 anos		3	3
		51 a 60 anos	4	2	6
		61 a 70 anos	6	4	10
		71 a 80 anos	7	1	8
	Total		18	11	29
Presença de Perturbação	Faixa	31 a 40 anos		2	2
	Etária	41 a 50 anos	1	3	4
		51 a 60 anos	3	6	9
		61 a 70 anos	9	17	26
		71 a 80 anos	10	6	16
	81 a 90 anos	5	1	6	
Total		28	35	63	

Faixa Etária * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Bexiga	Faixa	61 a 70 anos		2	2
	Etária	71 a 80 anos		1	1
	Total			3	3
CabPes	Faixa	51 a 60 anos		1	1
	Etária				
	Total			1	1
Cólon	Faixa	51 a 60 anos	2	2	4
	Etária	61 a 70 anos	5	6	11
		71 a 80 anos	2	1	3
		81 a 90 anos	2		2
	Total		11	9	20
Endométr	Faixa	61 a 70 anos		1	1
	Etária	71 a 80 anos		1	1
	Total			2	2
Estômago	Faixa	41 a 50 anos	1		1
	Etária	61 a 70 anos	1		1
		71 a 80 anos	1		1
	Total		3		3
Fígado	Faixa	61 a 70 anos			
	Etária		1		1
	Total		1		1
L.N.Hodj	Faixa	31 a 40 anos	1		1
	Etária	61 a 70 anos		2	2
		81 a 90 anos		1	1
	Total		1	3	4
LLC	Faixa	61 a 70 anos		2	2
	Etária				
	Total			2	2
Mama	Faixa	31 a 40 anos	2	1	3
	Etária	41 a 50 anos	1	5	6
		51 a 60 anos	2	2	4
		61 a 70 anos	2	2	4
		71 a 80 anos	1	2	3
	Total		8	12	20
Melanoma	Faixa	51 a 60 anos		1	1
	Etária				
	Total			1	1
MielMult	Faixa	61 a 70 anos		2	2
	Etária	71 a 80 anos		1	1
		81 a 90 anos	1		1
	Total		1	3	4
Ovário	Faixa	51 a 60 anos		1	1
	Etária	61 a 70 anos	2	1	3
		71 a 80 anos		1	1
	Total		2	3	5
Pancreas	Faixa	61 a 70 anos	1	1	2
	Etária	71 a 80 anos		1	1
	Total		1	2	3

Faixa Etária * Presença de dor * Diagnóstico segundo localização Crosstabulation

Count

Diagnóstico segundo localização			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Prostata	Faixa	51 a 60 anos		1	1
	Etária	71 a 80 anos	1	2	3
		81 a 90 anos	1	1	2
	Total		2	4	6
Pulmão	Faixa	51 a 60 anos		2	2
	Etária	61 a 70 anos	1	3	4
		71 a 80 anos	2	6	8
	Total		3	11	14
Recto	Faixa	51 a 60 anos		1	1
	Etária	61 a 70 anos	1		1
	Total		1	1	2
Vesical	Faixa	71 a 80 anos		1	1
	Etária				
	Total			1	1

Faixa Etária * Presença de dor * Nível de Ansiedade Crosstabulation

Count

Nível de Ansiedade			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
ans.grav	Faixa	31 a 40 anos	1	1	2
	Etária	41 a 50 anos		4	4
		51 a 60 anos	2	5	7
		61 a 70 anos	4	11	15
		71 a 80 anos	1	7	8
		81 a 90 anos		1	1
	Total		8	29	37
ans.lig	Faixa	51 a 60 anos		1	1
	Etária	61 a 70 anos	1	4	5
		71 a 80 anos	2	2	4
		81 a 90 anos	2	1	3
	Total		5	8	13
aus.ans	Faixa	31 a 40 anos	2		2
	Etária	41 a 50 anos	2	1	3
		51 a 60 anos	2	5	7
		61 a 70 anos	9	7	16
		71 a 80 anos	4	8	12
		81 a 90 anos	2		2
	Total		21	21	42

Faixa Etária * Presença de dor * Nível de Depressão Crosstabulation

Count

Nível de Depressão			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
aus.dep.	Faixa	31 a 40 anos	2	1	3
	Etária	41 a 50 anos	2	1	3
		51 a 60 anos	3	7	10
		61 a 70 anos	7	8	15
		71 a 80 anos	3	6	9
		81 a 90 anos		2	2
	Total		17	25	42
dep.gra	Faixa	31 a 40 anos	1		1
	Etária	41 a 50 anos		2	2
		51 a 60 anos	1	2	3
		61 a 70 anos	4	9	13
		71 a 80 anos	1	6	7
	Total		7	19	26
dep.lig.	Faixa	41 a 50 anos		2	2
	Etária	51 a 60 anos		2	2
		61 a 70 anos	3	5	8
		71 a 80 anos	3	5	8
		81 a 90 anos	4		4
	Total		10	14	24

Faixa Etária * Presença de dor * Perturbação Emocional Crosstabulation

Count

Perturbação Emocional			Presença de dor		Total
			Não	Sim	
Ausência de Perturbação	Faixa	31 a 40 anos	2		2
	Etária	41 a 50 anos	2	1	3
		51 a 60 anos	2	4	6
		61 a 70 anos	5	5	10
		71 a 80 anos	2	6	8
	Total		13	16	29
Presença de Perturbação	Faixa	31 a 40 anos	1	1	2
	Etária	41 a 50 anos		4	4
		51 a 60 anos	2	7	9
		61 a 70 anos	9	17	26
		71 a 80 anos	5	11	16
	81 a 90 anos	4	2	6	
Total		21	42	63	