



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**Pisco-Oncologia: Ansiedade, Depressão e
Qualidade de vida nos doentes Hemato-
oncológicos**

André Soares Ferreira da Silva Amorim

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor Eduardo Sá

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor Eduardo Sá

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Eduardo Sá, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 23 de Setembro, 2007.

Agradecimentos

Ao Professor Dr. Eduardo Sá (Dissertação), pela experiência clínica que comigo partilhou durante as aulas, pela sua sabedoria e competência clínica, transmitindo-me os ensinamentos mais lúcidos e claros.

Ao Dr. Luís Ribeiro (Orientador de Estágio, ISPA), pelas longas tardes passadas a discutir casos clínicos, pela forma disponível e próxima com os alunos, pela constante preocupação com os estágios e com o ganho de experiência psicoterapêutica.

Um agradecimento especial ao meu grupanalista (o Dr. Mário David), pelas longas tardes de reflexão, crítica e crescimento interpessoal que me proporcionou, bem como aos meus colegas de grupanálise que sempre se mostraram solidários com o meu trabalho.

Ao Prof. Dr. António Barbosa (Coordenador do Serviço de Psiquiatria de ligação, área cirúrgica), por toda a aprendizagem que me proporcionou ao longo do período de estágio no serviço de Psiquiatria de Ligação

Ao Dr. Filipe Barbosa (Orientador no Hospital), por toda a confiança com que debatia os casos clínicos, pela forma meticulosa com que me deu a conhecer todos os serviços, pela maneira como articulou a minha presença com os outros colegas da ligação, pela confiança que me transmitiu e por toda a sua ajuda nesta pesquisa.

Ao meu pai, pela forma tolerante, carinhosa e respeitosa com que fala da minha profissão, pela confiança que me dá sempre que abordamos temas da vida mental e à minha mãe por tudo aquilo que partilhou comigo, pela firmeza mas ao mesmo tempo condescendência nas discussões clínicas, pela sua necessidade constante de informação, pelo seu conhecimento médico e por partilhar comigo todo esse conhecimento, pela pessoa especial que é.

Ao Diogo Chang, Daniel Pinto, Diogo Galhoz, Tiago Valadas, Tiago Santos, Edgar Costa, Filipa Narciso, Rita Viegas, Ana Fernandes, Adriana Mendes, Elisabete Miranda, Marta Soares, Teresa Pinto, Diana Ribeiro, Gonçalo Tomás, José D'almeida, Diogo Oliveira, Renata Santos, Karina Mamedes, pois além de amigos, deram muita força para acabar todo este trabalho e a todos os outros que me ajudaram.

A todo o restante pessoal do ISPA (professores que não mencionei, colegas, pessoal do staff e pessoal do bar, pela constante boa disposição com que me faziam começar as longas tardes de trabalho na faculdade).

Dedicatória

Esta tese é dedicada a todos aqueles que procuram conhecer melhor o mundo da Psico-Oncologia, tal como eu.

Que façam um bom uso desta investigação e que nunca desistam de obter mais conhecimento.

Resumo

Objectivos: Este trabalho procura estudar uma possível relação entre os estados depressivos, ansiosos e a qualidade de vida nos doentes Hemato-oncológicos em internamento, recebendo tratamento em quimioterapia (tratamento principal) e radioterapia (tratamento secundário). Procuraremos investigar se existem ou não correlações significativas entre as variáveis estudadas. **Metodologia e instrumentos:** O nosso estudo envolveu uma população amostral de 32 doentes em internamento, no serviço de Hematologia do Hospital de Sta. Maria. Foram utilizadas as escalas: HADS (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*), para a ansiedade e depressão, e o QLQ C30 (EORTC *Quality of Life*) para testar a qualidade de vida dos doentes oncológicos, também em contexto hospitalar. **Resultados:** no estudo com 32 doentes hemato-oncológicos, verificaram-se correlações significativas ao nível dos estados depressivos e ansiosos ($r=0,691$), e em duas alíneas do status global de saúde. No funcionamento emocional existe uma correlação significativa entre os estados depressivos ($r=-0,758$) e os estados ansiosos ($r=-0,542$). Em relação ao funcionamento social verificámos uma correlação significativa com os estados depressivos ($r=-0,576$), e uma correlação forte mas não significativa com os estados ansiosos ($r=-0,421$). **Conclusão:** As escalas utilizadas (HADS e QLQ C30), ofereceram-nos uma boa relação entre os resultados e a conclusão que deles podemos tirar, isto é, os itens explorados foram suficientemente eficazes para podermos concluir que não existem correlações significativas em todas as alíneas e que em termos de resultados gerais os resultados são interessantes, permitem-nos uma análise aprofundada mas não significativos. Relativamente à amostra, procuraremos aumentá-la exponencialmente em trabalhos futuros, para conclusões mais abrangentes.

Palavras-Chave: *Leucemia, Linfoma, Mieloma, Ansiedade, Depressão, Qualidade de Vida.*

Abstract

Objectives: This paper's propose is to study a potential relation between depressive and anxious states and quality of life in hospitalized hematological oncology patients, receiving chemotherapy (main treatment) and radiotherapy (secondary treatment). We will try to review if there are significant correlations between the analyzed variables. **Method and Instruments:** This study covered 32 hospitalized patients at Sta. Maria Hospital's Hematological Department. The following scales were used: HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale), for anxiety and depression, when applied in hospital context, and the QLQ C30 (EORTC Quality of Life), to test the quality of life of oncological patients, also in hospitalary context. **Results:** Significant correlations were verified on depressive and anxious states ($r=0,691$), and in two point levels, of the global health status. At an emotional level, there's a significant correlation between the depression ($r=-0,758$), and the anxiety ($r=-0,542$) states. In what concerns the social behavior, we can notice a significant correlation on the depressive states ($r=-0,576$), and a strong but not significant correlation on the anxious ones ($r=-0,421$). **Conclusion:** The utilized scales offered us a good balance between the results and what we can infer from them, which is to say that the reviewed items were sufficiently effective to conclude that there are not significant correlations in all the points. On a general basis, the results are interesting but not of much significance, although allowing analysis in detail. To a broader conclusion there's a need to highly expand the study group, which we will try to accomplish on future papers.

Key-Words: *Leukemia, Lymphoma, Mieloma, Anxiety, Depression, Quality of Life.*

ÍNDICE

Introdução	1
CAPÍTULO I. Revisão de Literatura	3
As Leucemias	3
Os Linfomas	4
Os Mielomas.....	5
O Transplante de Medula Óssea.....	6
Qualidade de vida dos doentes oncológicos.....	6
Áreas de intervenção na doença oncológica.....	8
A Ansiedade e Depressão nos Doentes Hemato-oncológicos.....	11
Questão de Investigação	16
CAPÍTULO II. Método	19
Amostra.....	19
Procedimento	19
Instrumentos	19
CAPÍTULO III. Resultados	21
Dados soció-demográficos	21
Variáveis Clínicas.....	22
Sintomatologia Psicopatológica	23
Qualidade de Vida	24
Correlações.....	27
Pressupostos da regressão linear múltipla.....	32
CAPÍTULO IV. Discussão	36
Considerações Finais	39
CAPÍTULO V. Referências	41

CAPÍTULO VI. Anexos	47
Anexo A	47
Anexo B.....	51
Anexo C.....	56
Anexo D	58
Anexo E.....	60
Anexo F.....	63

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Lista de Tabelas

Tabela 1. Média e Desvio-padrão da Escala Funcional.....	24
Tabela 2. Média e Desvio-padrão da Escala Sintomas.....	25
Tabela 3. Média e Desvio-padrão da Escala Sintomas.....	25
Tabela 4. Correlações entre Sintomas e Alguns Dados Sócio-Demográficos.....	27
Tabela 5. Correlações entre Sintomas e Funcionamentos	29
Tabela 6. Sumário do Modelo 1 da Regressão Linear Múltipla	31
Tabela 7. ANOVA do Modelo 1 da Regressão Linear Múltipla	31
Tabela 8. Coeficientes do Modelo 1 da Regressão Linear Múltipla.....	32
Tabela 9. Teste de Normalidade dos Resíduos	34
Tabela 10. Coeficientes	35

Lista de Figuras

Figura 1. Homocedasticidade dos Resíduos	33
--	----

Introdução

Por psico-oncologia entendemos, a disciplina que se tem centrado na assistência da actividade oncológica e mais concretamente no apoio aos indivíduos internados, procurando uma melhor integração destes em contexto hospitalar. O psicólogo procura avaliar todo o impacto que o cancro provoca nos pacientes, bem como ajudar na sua integração, servindo de pêndulo entre médico e doente. À psico-oncologia interessa a qualidade de vida mas não nos podemos esquecer dos aspectos que modulam toda essa realidade, como é o caso das emoções e dos familiares que acompanham os doentes nestas fases mais insólitas (Trill, 2003).

Como sabemos, o cancro é sem duvida uma das doenças mais temidas do mundo moderno. A componente psicológica do tratamento do cancro é cada vez mais reconhecida e existe mesmo uma sub-especialidade científica, a psicologia oncológica, que se debruça sobre a investigação e a intervenção nas perturbações psicossociais associadas ao diagnóstico e tratamento do doente com cancro, da sua família e do serviço de saúde (Holland, 1989). No entanto, a evolução da medicina tem permitido melhores resultados no tratamento e no rastreio do cancro proporcionando aos pacientes uma melhor qualidade de vida durante o tratamento bem como uma esperança média de vida superior.

Uma doença oncológica tem, habitualmente, um impacto psicológico marcado no doente e na sua qualidade de vida (Bultz & Carlson, 2006; Carlson et al., 2004), a psicologia clínica e mais concretamente à área da psicologia da saúde (ou psicologia médica como se quiser denominar), tem-se focado na área da oncologia pois têm surgido estudos interessantes que comprovam que a vida mental é directamente afectada quando os diagnósticos de cancro estão presentes.

Em muitos casos, os pacientes sentir-se-ão abandonados, ameaçados e sem qualquer tipo de informação referente ao seu estado de saúde. A informação disponível nem sempre é facultada aos doentes ou por outro lado estes podem nem sequer descodificar a informação que lhes é fornecida pelo médico (Burnet et al., 2007), como sabemos o nível inter-relacional dos técnicos de saúde (onde esperamos não estarem incluídos os profissionais de saúde mental), não são elevados e, em grande parte dos casos a descodificação de um problema somático não é feita por parte do doente, o que torna todo o processo de recuperação mais

penoso, dificultando assim o trabalho do médico que acaba por não conseguir arranjar um bom método de *coping* com o paciente. A proposta mais conveniente do ponto de vista social, será a estimulação em intervenções com equipas multidisciplinares, embora nem sempre seja possível é uma técnica que está em franco desenvolvimento nos hospitais portugueses.

Segundo o critério do DSM-IV-TR a depressão e ansiedade partilham alguns caminhos psicofisiológicos, poderão partilhar situações como fadiga, baixo nível de auto-estima, sentimentos de abandono e pessimismo relativamente ao futuro, contudo poderemos argumentar que, ambas representam pontos distintos no que concerne ao chamado “*stress* psicossocial”, além disso existem muito poucos estudos que estabelecem base de comparação entre ansiedade e depressão nos pacientes com cancro da próstata (Sharpley et al 2006). Por norma é utilizado o questionário SAS (*Self-Rating Anxiety Scale*) ou o SDS (*Self-Rating Depression Scale*) em estudos internacionais, no entanto em contexto hospitalar utiliza-se frequentemente o HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*).

Simon Van Belle, um professor da Universidade Hospital em Gent, na Bélgica foi pioneiro na introdução de um modelo de aproximação multidisciplinar para o tratamento de indivíduos com cancro. Este modelo tem sido utilizado pelos restantes países europeus e tem sido muito importante tanto no rastreio como no tratamento.

Como sabemos, o índice de suicídio em pacientes oncológicos é cerca de quatro vezes superior aos indivíduos que não têm qualquer diagnóstico oncológico (Llorente, Burke, Gregory et al., 2005 cit por Sharpley et al., 2008).

As leucemias

Por Leucemia entendemos, uma neoplasia maligna que atinge o sangue, mas que tem origem na medula óssea. A sua principal característica (em termos clínicos) é a anormal proliferação das células da medula óssea que originam as células sanguíneas. Existem diversos tipos de leucemia (todas malignas), mas cada uma delas com uma característica específica, tratamento e prognóstico de recuperação totalmente distinta. Desta forma podemos destacar, a leucemia linfóide aguda (mais frequente em crianças e que apresenta um pico de incidência entre os 2 e os 5 anos de idade embora esta incidência volte a aumentar depois dos 60 anos), a leucemia mieloide aguda (a mais frequente nos adultos), a leucemia linfóide crónica (a mais frequente nos idosos e onde a maioria dos pacientes diagnosticados tem mais de 50 anos e atinge maioritariamente indivíduos do sexo masculino), a leucemia mieloide crónica (mais comum em adultos com idades entre os 40 e os 50 anos, excepcionalmente incide nos jovens e é muito agressiva).

Num estudo realizado pela Universidade de Medicina de Washington, pelo departamento de investigação oncológico, a incidência anual da leucemia é de aproximadamente 8-10 casos por 100.000. as incidências relativas das quatro formas mais comuns de leucemia são as seguintes: leucemia aguda (LLA), 11%; leucemia linfóide crónica (LLC), 29%; leucemia mieloide aguda (LMA), 40%; e leucemia mieloide crónica (LMC), 14%. Os homens são afectados com mais frequência do que as mulheres (como tínhamos falado na introdução do nosso trabalho), embora as taxas de incidência tenham permanecido bastante estáveis no últimos 30 anos.

O tratamento mais utilizado é a quimioterapia (que procura reduzir a progressão), na maior parte dos casos os indivíduos necessitam de um transplante de medula óssea e caso isso não aconteça num curto espaço de tempo, a situação clínica dos pacientes poderá ficar seriamente comprometida, dada a sua rápida progressão (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Leucemia>). Não existem uma causa única para todos estes tipos de leucemia mas há suspeitas que pode ser causada por herança genética ou algum tipo de contaminação por certos tipos de vírus, contudo o mais importante será em casos de internamento que haja uma rápida compatibilidade para transplante.

As leucemias são classificadas, de modo geral, de acordo com a população de células normais com que mais se parecem (isto é, mieloide versus linfóide), e segundo a sua

agressividade clínica. Relativamente às leucemias agudas, o evento maligno ocorre num precursor hematopoiético muito inicial. As células alteradas continuam a proliferar mas não se diferenciam, o que resulta no rápido acúmulo de células mielóides (na leucemia mieloide aguda) ou linfóides (na leucemia linfóide aguda), imaturas na medula. As leucemias agudas são rapidamente fatais se não tratadas, sendo que a maioria dos pacientes morre meses depois do diagnóstico, as leucemias crônicas também são neoplasias clonais das células hematopoiéticas, mas as células malignas são mais diferenciadas, com morfologia mais próxima ao normal (Appelbaum, 2000).

Estes dados foram retirados de um estudo realizado nos EUA, poderá ter um resultado quando aplicado no nosso país, mais à frente verificar-se-á se os resultados têm algo em comum (análise de resultados).

Os Linfomas

Os Linfomas são tumores sólidos que se originam nas células linfóides. Dividem-se em Hodgkin e Não-Hodgkin. Relativamente aos primeiros podem ser descritos também como doença de Hodgkin. É uma doença descrita inicialmente por Thomas Hodgkin no Hospital de Londres, em 1832, e é uma neoplasia que se origina nos gânglios linfáticos. Os linfomas de Hodgkin (doenças de Hodgkin) são neoplasias de origem linfóide, nos quais caracteristicamente proliferam células neoplásicas, com variada morfologia. Esta doença pode ocorrer em qualquer faixa etária; no entanto, é mais comum na idade adulta jovem, dos 15 aos 40 anos, atingindo maior frequência entre 25 e os 30 anos. A incidência de novos casos permaneceu estável nas últimas cinco décadas, enquanto a [mortalidade](#) foi reduzida em mais de 60% desde o início dos anos 70 devido aos avanços no tratamento. A maioria dos pacientes com doença de Hodgkin pode ser curada com tratamento actual (Hartge, P. et al., 1994), embora existam estudos recentes que provam uma mortalidade na ordem dos 30% para doentes oncológicos com esta neoplasia.

Por sua vez, os linfomas Não-Hodgkin podem ocorrer em qualquer idade e são sempre marcados pelo aumento dos gânglios linfáticos, febres e perda de peso. Existem vários tipos de linfomas Não-Hodgkin e esses tipos podem ser divididos.

Podem ser divididos entre agressivos (rápido desenvolvimento) ou indolente (desenvolvimento lento), e poderão ser formados por dois tipos de linfócitos, pelas células B (responsável pela produção de anticorpos) ou as células T (responsáveis pela defesa às doenças auto-imunes). Os linfomas Não-Hodgkin das células B incluem os linfomas de Burkitt e também a Leucemia linfóide Crónica (entre outros). Os linfomas Não-Hodgkin de célula T incluem as chamadas micoses fungoides, linfoma anaplástico de células grandes. Todos os prognósticos de cura e tratamento dependem do estado e do tipo da neoplasia (Chessells, et al., 2002).

Os Mielomas

O mieloma múltiplo (também denominado de doença de Kahler ou mielomatose), é uma degeneração maligna das células plasmáticas, os chamados plasmócitos, estas células proliferam-se de forma descontrolada na medula óssea, este tipo de neoplasia, segundo dados recentes, corresponde a cerca de 10% do total das neoplasias sanguíneas, são mais frequentes em indivíduos de raça negra e na maioria dos casos do sexo masculino (Haematol, 2003).

Doenças como o mieloma múltiplo, são encontradas com alguma frequência em doentes com idade mais avançada, este tipo de patologia é muito comum no mundo inteiro, representado 1% de todos os tipos de cancro sendo o mais comum entre os hematológicos e ficando apenas atrás dos linfomas Não-Hodgkin. Tem uma prevalência de 17 casos a cada 100 mil indivíduos e estima-se que 15 mil novos casos/ano serão diagnosticados nos Estados Unidos (Haematol, 2003).

Fica claro que, apesar de não se tratar de uma patologia rara, existe ainda um profundo desconhecimento acerca do Mieloma Múltiplo (MM), assim sendo, será importante adoptar-se uma estratégia de melhor divulgação desta patologia não somente com os profissionais que actuam na área da saúde. (Hungria, et al., 2008).

Transplante de medula óssea (TMO)

Embora não seja o tema central desta investigação, não podemos falar de um tema que envolva pacientes hematológicos sem falar do transplante de medula óssea (ainda que com muita brevidade), assim sendo, e de acordo com Tabak (1991), os fundamentos e conceitos que permitiram o desenvolvimento da técnica do transplante de medula óssea (TMO), foram formulados com base em trabalhos e experiências realizadas na metade do século XX. Desde então, houve um crescimento da utilização da técnica, a qual tem sido responsável pelo aumento significativo da sobrevivência de pacientes com indicação para transplante, contudo e como diz Santos (1996), a decisão de transplante é, no paciente adulto, de sua inteira responsabilidade o que poderá gerar o elevado nível de angústia e ansiedade relacionadas com os resultados esperados.

Qualidade de vida nos doentes oncológicos

Uma doença oncológica infere, na maior parte dos casos, uma situação de grande desgaste, quer físico quer emocional nos indivíduos mas também nas famílias em que estes se encontram inseridos. Existem alguns estudos que abordam a qualidade de vida dos pacientes em tratamentos Hemato-oncológicos (Zittoun, 1993), mas grande parte deles tendem a focar-se nos assuntos relacionados com a esperança média de vida dos pacientes, procurando melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico e calculando o risco-benefício do tratamento a que este poderá vir a ser submetido, as organizações internacionais de oncologia estão preocupadas agora em inserir medidas para testar a qualidade de vida dos pacientes em internamento (Moinpour, 1994).

Com a crescente preocupação acerca da qualidade de vida dos pacientes oncológicos, importa esclarecer que têm vindo a ser desenvolvidas técnicas e estratégias no âmbito de ser promovida uma melhoria da qualidade de vida do indivíduo com cancro, a nível da sexualidade (Cardoso, 1998), têm sido feitos muitos esforços para melhorar o nível de qualidade de vida sob as diversas variáveis a quem este assenta.

Spilker (1990, cit. por Ribeiro, 2002) propõe um modelo de qualidade de vida que estabelece relação entre eficácia do tratamento e a qualidade de vida do doente,

nomeadamente propondo uma relação entre estes aspectos, o tratamento médico actua sobre a doença e o doente, sendo que as acções do sistema de saúde e os efeitos do tratamento são mais ou menos filtrados pelos valores, atitudes, crenças, julgamentos do doente e influenciarão a sua acção.

O diagnóstico de cancro num indivíduo, afecta a vida da sua família, colocando dificuldades familiares que podem rivalizar em importância e consequências negativas com a condição física do doente, assim sendo, se a família não tiver um apoio específico aos níveis, educativo, psicológico e social, mesmo perante a cura do doente, pode sofrer danos irreparáveis no seu funcionamento, organização e capacidade de desenvolvimento (Sousa, 2007). Inúmeras famílias sofrem por “solidariedade” (se assim podermos chamar), a dor crónica dos seus familiares e passam por períodos depressivos complicados, mesmo após a cura do familiar, estes episódios depressivos podem facilmente passar para períodos de depressão mais duradouros e por isso o artigo de Sousa (2007), revela de forma sucinta e pratica a vida de um paciente oncológico, a sua família e a mudança de quotidiano que a doença os obrigou a viver, estes familiares na maior parte dos casos vêm-se na necessidade de criar ou desenvolver mecanismos de *coping*, necessários para a relação com o doente e com os profissionais de saúde, o que, em muitos casos obriga a alguma formação. Segundo Gimenes (1998), os factores psicossociais podem ser determinantes para a progressão do cancro, sendo assim, para o autor, “[...] uma área do conhecimento que representaria a interface entre a Psicologia e a Oncologia, utilizando conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos provenientes da Psicologia da Saúde, aplicados à assistência ao paciente oncológico e à sua família e ao cuidador para melhor qualidade de vida profissional daqueles que se dedicam à prevenção, tratamento e reabilitação do paciente de câncer, inclusive na fase terminal da doença” (Gimenes, 1998, 14 pp. 35-36). A intervenção envolvendo varias famílias, em que um membro tem uma doença oncológica, emerge como um instrumento eficaz, pois permite partilhar sentimentos de estratégias de *coping*, afastando sentimentos de solidão e desajuste, segundo Sousa (2007), a experiência da doença oncológica em famílias é comum e chega mesmo a ser raro encontrarmos uma família que não tenha tido, em algum momento, um familiar com uma doença oncológica, a autora vai mais à frente e afirma que a vivencia de dificuldades na gestão da doença, sentimentos de medo, frustração e aumento de stress na vida familiar são experiencias bastante comuns perante uma doença oncológica.

Mas no fundo, que conceito é o de qualidade de vida? Segundo Cramer (1994, cit. por Ribeiro, 2002), qualidade de vida é um bem-estar mental, físico e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade, por várias razões deste nível falamos de qualidade de vida relacionada com a saúde (QDVRs), pois neste caso referimo-nos à qualidade de vida relacionada somente com a saúde, onde se encontra toda a situação oncológica. Segundo Pimentel (2003), o acentuado desenvolvimento de novas capacidades terapêuticas (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapêutica biológica), permitiu um aumento considerável da sobrevivência no doente oncológico, o êxito da terapêutica oncológica é, por norma descrito em termos de sobrevivência, complicações e taxa de recidiva. Contudo, esta constitui apenas uma parte do êxito já que a qualidade de vida e bem-estar do doente e sua família é outro elemento fulcral (Pimentel, 2003).

Todo o paciente oncológico vê a sua qualidade de vida ser afectada pela doença, sendo que toda esta patologia tem uma dor associada, sendo assim uma dor crónica pode ser definida como, uma experiência psicofisiológica desagradável que permanece apesar de ter desaparecido, em muitos casos, o dano físico (Oliveira & Gabbai, 1998, cit. por Rodrigues & Gomes, 2008).

Outro aspecto extremamente importante na qualidade de vida dos pacientes oncológicos é a sobrecarga a vários níveis: instrumental (com todas as deslocações que fazem para consultas médicas e tratamentos), emocional (a dor crónica e o pensamento constante na morte), financeiro (com os constantes gastos nas deslocações, tratamentos e até viagens a que por vezes recorrem), profissional (na forma como têm que conciliar a doença com as exigências do seu trabalho), talvez por isso quando se fala em programas de intervenção fala-se de um programa de breve duração, normalmente entre 6 e 8 sessões, com cerca de 90 minutos cada e frequência semanal ou quinzenal, uma vez que não se deve sobrecarregar a família com mais tarefas (Sousa, 2007).

Áreas de intervenção na doença oncológica

O cancro é provavelmente a patologia mais temida do mundo moderno, não sendo apenas um factor de mortalidade, oferece ao paciente oncológico uma boa dose de angústia e desespero mesmo em situações onde o diagnóstico de cura é optimista.

Como diz Goffman (1963), “passar tempo com os pacientes com cancro cria ambiguidade no curso normal das interacções sociais”. Os indivíduos relatam não saber o que fazer, o que dizer, quando e como ajudar e esta ambiguidade pode gerar desconforto e tensão (Albrecht, Walker e Levy, 1982), já num estudo de Bloom e Kessler (1994), verificou-se que a diminuição do suporte emocional não é devida a estigmas associados à doença mas sim à diminuição das actividades sociais decorrentes da doença (embora não signifique que esta estigmatização não possa ocorrer, regra geral os doentes oncológicos deixam de fazer as suas actividades do quotidiano). A doença oncológica relembra-nos todos os dias que as relações que temos com os pacientes oncológicos deverão conter uma maior proximidade física e emocional, já que na maior parte dos casos estes indivíduos apresentam uma carência afectiva e emocional muito elevada, neste sentido, mesmo os profissionais de saúde deverão ter um bom suporte pois são situações de grande desgaste onde a “preservação de um humor saudável” é fundamental para o bom trabalho (Pereira & Lopes 2005).

Todo o processo de comunicação e informação são fundamentais na relação entre a equipa de saúde e o doente (assunto mencionado anteriormente), o êxito do processo de reabilitação do doente passa pela clareza, fluência e sistematização da informação entre os profissionais de saúde, a qual possibilita o acesso a uma visão holística das necessidades do doente.

Por tudo isto, é importante não considerar apenas a quantidade de apoio que o paciente dispõe ou lhe é oferecido importa também atender a sua percepção e satisfação, a disparidade entre a ajuda proporcionada e a percebida pode converter-se numa nova fonte acrescida de medos, problemas, conflitos e mal-estar para o doente (Justo, 2002).

Não deixa de ser importante mencionar a diferença entre suporte social e suporte emocional, sendo este último a percepção que o sujeito tem de que aqueles que o rodeiam são atenciosos e disponíveis e que com eles pode partilhar pensamentos e sentimentos íntimos (Cobb, 1976; House, 1981).

Um dos problemas mais relevantes que se coloca no combate à doença oncológica está relacionado com os efeitos colaterais dos tratamentos médicos muitas vezes percebidos pelo doente como piores do que a própria doença (Nezu e col., 1998). Esta situação pode levar o doente a confrontar-se conflitos e dúvidas acerca da utilidade, necessidade de dar continuidade ao sofrimento, limitações e interrogações que interferem na adesão e muitas

vezes contribuem para a desistência ao tratamento, quer o tratamento seja de natureza física (radioterapia), quer de natureza química (quimioterapia), a probabilidade de desencadeamento de náuseas e vômitos, perda de apetite, fadiga, perda de cabelo, diarreia, falta de ar, dificuldades em dormir, ansiedade, tensão e perda de peso é exponenciada (Justo, 2002).

Apesar do conhecimento que se alcançou acerca destes sintomas e das medidas farmacológicas, desenvolvidas no sentido de combater e minimizar os efeitos adversos mais frequentes e incomodativos para o doente, apesar de os novos fármacos antieméticos (controlo de vomito) permitirem reduzir a toxicidade dos tratamentos (Andrews e Davis, 1993).

A Ansiedade e Depressão nos pacientes Hemato-oncológicos

O diagnóstico e tratamento do cancro afecta os doentes em determinadas áreas: física, psicológica, que depois se vai repercutir em subtipos, relacional e emocional, podendo ter efeitos de curta ou longa duração no vínculo conjugal, (Canada et al., 2005; Crowe & Costello, 2003; Harden, 2005), tendo a componente psicológica muita importância nestas alturas pós-diagnóstico, ao nível da avaliação e acompanhamento do doente e seus familiares, estes últimos, têm na maior parte dos casos, um papel preponderante para a estabilidade emocional do paciente oncológico.

Os níveis de ansiedade variam individualmente entre os pacientes, mas na maioria existe uma perda gradual da qualidade de vida que poderá com o aumento da deterioração, levar a períodos depressivos embora alguns estudos apontem que a depressão afecta em média 50% dos sujeitos oncológicos. Após o primeiro impacto do diagnóstico, de uma forma geral, passado o período inicial de negação e descrença, passado pela maioria dos doentes oncológicos, segue-se uma fase tipicamente caracterizada por stress agudo, que engloba ansiedade, raiva e protesto (Barraclough, 1994). Durante este período, o futuro parece vazio e os pensamentos sobre a morte são inevitáveis, sendo esta encarada como o futuro que os espera. Em grande parte dos casos os doentes poderão isolar-se, ter pena de si próprios e das famílias a que estão dependentes.

Mesmo que em situações precoces, o diagnóstico de cancro é sempre uma situação de difícil compreensão, deste modo, as taxas de depressão são elevadas e embora o avanço da medicina esteja em crescente, os indivíduos acabam muitas vezes por não ser condescendentes no rastreio e até no próprio tratamento (Zabora, Brintzenhofszoc, Curbow, Hooker, Piantadosi, 2001, Cit por Sharpley et al., 2008). Assim se poderá explicar a constante preocupação dos pacientes e familiares na melhoria da qualidade de vida dos doentes oncológicos, seja em termos de cura ou mesmo em situações de cuidados paliativos, a família tem um papel fundamental como intermediário na melhoria da qualidade de vida, em grande parte dos casos os profissionais de saúde recorrem aos familiares como meio para informar o doente do seu estado de saúde e do conseqüente tratamento a que vai ser submetido.

A depressão nem sempre se faz sentir nos pacientes oncológicos e estará certamente ligada ao tipo de diagnóstico e estado evolutivo da doença, sendo assim a qualidade de vida

do paciente pode não ficar afectada, principalmente em casos onde o diagnóstico é feito atempadamente e o cancro ainda se encontra numa fase precoce (Beck, Robinson, Carlson, 2007). Por sua vez, Sontag (1984), afirma que o diagnóstico é muitas vezes omitido ao paciente ou apenas são dadas informações sucintas, acompanhadas de um falso optimismo que embora tenha a melhor das intenções poderá ser prejudicial para o doente.

Um diagnóstico de cancro produz sempre ansiedade, muitas vezes elevados níveis de stress e em alguns casos uma tendência clara para a recusa do diagnóstico, contudo, esta inquietude poderá levar a manifestações de tipo emocional com a recusa, negação, desmoralização, sentimento de desconfiança. No que toca ao aspecto comportamental, podemos observar situações de agressividade e hostilidade que poderão condicionar a perspectiva que o doente tem acerca do sucesso do tratamento (Sharpley et al 2006). Obviamente que todos estes processos intrínsecos e extrínsecos serão condicionantes muito presentes ao longo do tratamento e até do rastreio. Deste modo, a promoção da saúde baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm impacto sobre a nossa saúde e de que alterações adequadas podem melhorar a saúde, o trabalho do psicólogo no sistema de saúde (seja clínico ou psicólogo da saúde), baseia-se num apoio e numa contenção aos pacientes em internamento, na sua maioria. Por tudo isto se pode afirmar que, o *stress* não constitui um conceito unitário, isto é, consiste num processo que envolve uma interacção complexa entre factores ambientais, psíquicos e até fisiológicos. Assim sendo, é fundamental estabelecer a relação existente entre *stress* e saúde e acima de tudo, procurar uma definição concreta e se quisermos, universal, do conceito de stress (Bennet, & Murphy, 1999).

Muitos dos efeitos psicológicos do diagnóstico de cancro podem ser entendidos pelos pacientes como, uma possível ligação com a perda ou uma angústia de morte. Obviamente que grande parte destes sentimentos acontece, maioritariamente em situações onde o cancro está mais avançado. Em alguns casos, a perda de controlo pode transportar os pacientes para estados depressivos de grande intensidade, ou poderá mesmo causar “atrito” com outros indivíduos e nas suas relações, o que potencialmente provocará perdas relacionais importantes e levarão o paciente oncológico a entrar numa espiral depressiva, onde nem as relações interpessoais são preservadas. Contudo, em muitos outros casos, os pacientes oncológicos iniciam uma espécie de “nova vida”, onde estão abertos a novas perspectivas e actividades, começando a escrever, a pintar, a ouvir um novo tipo de música, ou simplesmente a valorizar

uma nova maneira de viver, de uma forma mais ponderada de “ser” e não necessariamente “ter que fazer” (Barraclough, 1999).

Muitos dos aspectos negativos apenas são despoletados em casos avançados, com a perda da capacidade física que, posteriormente leva a uma dependência física, a qual poderá levar a sintomas depressivos de nível elevado, nomeadamente em indivíduos que praticam actividade física regular. Fala-se de uma mudança de vida a que o ser humano comum não está preparado, muitos não aceitam e continuam em negação, como falarei seguidamente, a família tem um peso muito grande na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e no suporte, assim sendo poder-se-á falar de causas para eventuais problemas emocionais, por exemplo as perdas e os perigos que estão associados ao cancro, um passado com problemas psiquiátricos conhecidos ou de adições, factores biológicos ou até mesmo o empobrecimento ou falta de relações interpessoais (falta de comunicação e sentimento de abandono). Neste registo poderemos criar condições de prevenção para estes problemas emocionais que afectam os doentes oncológicos. (Barraclough, 1999). É importante termos em conta que o paciente oncológico deixa de ser um “ser social”, pois sente que perdeu todos os papéis sociais que tinha, como pai, avô, filho... esse comprometimento pode levar a sentimentos de inutilidade, de tristeza e de apatia e até de culpabilidade, tornando a vivencia do quotidiano uma tarefa árdua e muito pouco apraz.

Torna-se difícil estabelecer um diagnóstico de depressão num paciente que se encontra na fase terminal da sua doença, uma vez que quanto mais grave é a doença física maior é a prevalência da depressão, segundo Moffic e Paykel (1973) e Cavanaugh (1983). Relativamente ao diagnóstico correcto da depressão é necessário termos em conta aquilo que o doente (terminal ou não), transmite, nomeadamente as oscilações de humor, labilidade, auto-estima e à falta de cooperação nos tratamentos. Durante o período de internamento é muito comum vermos os pacientes a manifestarem um sentimento profundo de tristeza e a considerarem-se um peso para os seus familiares (sentimento de culpa pela sua situação clínica). No que toca aos pacientes em estado terminal, as ideias suicidas poderão não indicar uma depressão grave, podem apenas reflectir uma vontade de partirem por saberem que nada mais será possível fazer, aí procuram o alívio de uma dor crónica que os importuna há já algum tempo e que têm a consciência que foram ultrapassados por ela (acontece inúmeras vezes a pacientes em internamento onde são requisitas as equipas de cuidados paliativos). A chamada “pressa” em morrer, por aquilo que temos presenciado em internamento, pode ser

causada pela dor crónica a que os pacientes oncológicos estão sujeitos, contudo, após algum alívio dessa dor observamos que os pacientes mudam o seu estado de humor, tornam-se mais comunicativos, mais pacientes e com mais vontade de viver.

Segundo Stedeford (1986), as ideias de suicídio, de natureza depressiva, estão de uma maneira geral relacionadas com os sentimentos de indignidade e culpa, com um sentimento de que ao paciente assiste o direito de morrer.

Relativamente ao conceito de ansiedade, todos nós estamos familiarizados embora nem sempre saibamos descrevê-lo ou explicar, regra geral é uma resposta psíquica com repercussões orgânicas (sob o nosso ponto de vista), que é despoletada por algo que não nos é familiar e que nos deixa apreensivos, a incerteza ou as situações de perigo eminente. Alguns resultados de ansiedade elevados nos pacientes oncológicos são compreensíveis e quase irrefutáveis, se assim pudermos chamar. Ao longo do tempo e posteriormente ao diagnóstico, a ansiedade vai reduzindo, segundo alguns dados confirma-se até que quando confirmado o diagnóstico de cancro os pacientes reduzem os níveis de ansiedade, segundo Haig (1992). Em muitos casos a ansiedade resume-se à necessidade de esclarecimento por parte dos pacientes, após o diagnóstico, principalmente pacientes com uma apetência maior para estados depressivos. A nível de internamento é um caso muito comum quando vemos falta de informação médica ou quando não se desenvolve uma boa relação médico-doente (Maguire et al., 1993).

Os sintomas mentais da ansiedade são bastante fáceis de reconhecer, de entre eles destacamos a preocupação, irritabilidade, insónia e pesadelos frequentes, por outro lado, os sintomas físicos podem abranger a respiração (ofegante e acelerada), “hiperactividade” do sistema nervoso autónomo e/ou tensão muscular constante que poderá dificultar o diagnóstico médico, pois nem paciente nem profissional de saúde suspeitam que pode haver uma causa emocional. Existem vários tipos de ansiedade sob diferentes intensidades, contudo, em casos mais avançados a ansiedade pode originar alguns ataques de pânico (Haig, 1992).

Não deixa de ser importante estabelecer-se uma boa relação com os profissionais de saúde durante o internamento, bem como tentar compreender as razões do diagnóstico, embora em muitos casos aconteça haver falsos alarmes e expectativas quebradas, daí resulta a ansiedade em níveis mais elevados, depois do diagnóstico de cancro ser confirmado podem aumentar os níveis de hipocondria em alguns pacientes, sempre preocupados com os tratamentos e todas as consequências que deles podem advir. Pacientes com ansiedade ao

nível fóbico poderão dificultar todo o tratamento, como é o caso dos pacientes claustrofóbicos em internamento que não conseguem ir de elevador, esta situação torna-se complicada já que os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, regra geral, não são no mesmo piso dos internamentos. Esse impedimento poderá gerar conflitos importantes e dificultará, certamente, todo o tratamento ao qual o doente oncológico está inserido (Maguire et al., 1993).

Psico-oncologia: A Ansiedade, a Depressão e a Qualidade de vida nos Doentes Oncológicos - Questão de investigação

Este trabalho tem como finalidade o estudo acerca da qualidade de vida, dos estados depressivos e ansiosos de doentes Hemato-oncológicos, avaliando um conjunto de variáveis que poderão afectar directamente as suas vidas em termos físicos e mentais.

Por qualidade de vida entende-se, segundo Crowe e Costello (2003), a expressão das variáveis de saúde, onde se encontram englobados os estados depressivos e/ou ansiosos e o status global de saúde (*Global Health Status*). Cada uma destas variáveis é afectada, em parte, pela situação mais ou menos grave do paciente oncológico.

Outro dos objectivos do nosso trabalho reside, em parte, em procurar algumas explicações para o incentivo às equipas multidisciplinares em contexto hospitalar bem como a introdução da psicologia neste mesmo contexto.

Perante esta realidade e com a escala em uso para a depressão e ansiedade (HADS), iremos estudar a existência ou não de correlação entre depressão e ansiedade nos pacientes Hemato-oncológicos, não descurando aspectos essenciais acerca da qualidade de vida da população em estudo.

Hipótese 1: Existe correlação entre a depressão e ansiedade nos pacientes Hemato-oncológicos.

No nosso estudo, procuraremos verificar de que ponto existe relação entre a depressão e a ansiedade nos pacientes Hemato-oncológicos, bem como interpretar se esses sintomas terão algum peso na qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares. Suportando esse objectivo temos um estudo de Chong (2007), com uma população amostral de 155 indivíduos, que procurou medir os *scores* de depressão nos pacientes Hemato-oncológicos. Verificou-se que os pacientes que se encontravam em quartos isolados tendiam a estar mais deprimidos do que os doentes que partilhavam o quarto do internamento. A média dos *scores* relativos aos estados depressivos dos pacientes foi de 29.78% (em indivíduos com idades compreendidas entre os 13 e os 65 anos). Realizaram-se os testes T-student e Anova para saber se existiam

diferenças significativas entre o “estado de espírito” e a depressão. Os resultados foram estatisticamente diferentes relativamente à idade onde é registado o diagnóstico de cancro ($F=4.561$, $P=0.002$) e no “estado de espírito” ($F=4.843$, $P=0.004$). A correlação foi negativa com um nível moderado ($r= - 0.681$, $p=0.000$), sendo que, à medida que o *score* do estado de espírito aumentava, os níveis de depressão baixavam.

Hipótese 2: Quanto maior for o *score* relativo ao status global de saúde (*Global Health Status*), menor serão os sintomas depressivos e/ou ansiosos.

Analisaremos as oscilações da qualidade de vida nos pacientes oncológicos, utilizando a escala QLQ C30 (explicada no capítulo referente à metodologia).

De acordo com o estudo de Zittoun (1993), existem inúmeros estudos que abordam o tema da qualidade de vida em pacientes Hemato-oncológicos, embora poucos abordam os temas essenciais presentes na escala de HADS. Segundo Sharpley et al. (2008), a depressão entre os pacientes oncológicos permanece como uma das maiores fontes de *stress* e perda gradual da qualidade de vida.

Num estudo de Beck et al. (2007) afirma-se que o diagnóstico de cancro inflige aos pacientes, uma dor crónica e uma perda significativa da qualidade de vida que poderá abranger vários níveis e várias dimensões. Por qualidade de vida entendemos as dimensões da vida sexual e dos restantes funcionamentos (emocional, cognitivo, papel, etc.).

A depressão encontra-se associada com substanciais efeitos pessoais, físicos e até económicos (Pyne et al. 1997), tendo várias investigações demonstrado a ligação entre a depressão e défices na qualidade de vida (Barge-Schaapveld e col., 1999; Bonicatto e col., 2001; McCall e col., 2001). Assumindo a qualidade de vida como um constructo que engloba componentes afectivos, cognitivos, comportamentais e físicos, podemos afirmar que a depressão se caracteriza por um distúrbio em algumas destas áreas, o que poderá explicar a razão de a qualidade de vida na depressão, ser pior do que em algumas desordens de ordem somática (Barge-Schaapveld e col., 1999).

Resultados das investigações, indicam que a qualidade de vida na depressão é influenciada pelo afecto (Carod-Artal, 1999), pelos sintomas físicos (Pyne, 1997) e pela satisfação na realização de actividades diárias (Goethe & Ficher, 1995), podendo estas

influências variar de momento para momento ao longo do dia, reflectindo estados internos por vezes induzidos pelos contextos ambientais (Barge-Schaapveld e col., 1999).

Método

Amostra:

A população estudada é de 32 doentes Hemato-oncológicos, em diferentes fases da doença (doença inicial, recidiva, remissão de sintomas e sobreviventes /“livres de doença”), com idade compreendida entre os 16 e os 75-85 anos, em tratamento no serviço de Hematologia do Hospital de Sta. Maria, na unidade de Internamento. Estiveram presentes vários tipos de leucemia: LLA (leucemia Linfoblástica aguda); LMA (leucemia mieloide aguda); Linfoma Não-Hodkin; MM (mieloma múltiplo); SMD (síndrome mielodisplástico).

Como critérios de exclusão da amostra considerámos: analfabetismo; comprometimento cognitivo; co-morbilidade psiquiátrica e transplante prévio de medula óssea.

Procedimento:

Este estudo descritivo e longitudinal, será constituído por um momento de avaliação único (posteriormente à apresentação serão feitos três momentos de avaliação, como continuação do trabalho realizado até aqui), consistindo na aplicação de 2 questionários de auto-preenchimento e numa entrevista semi-estruturada onde é feita uma recolha sociodemográfica.

Após a obtenção do consentimento informado, procederemos à recolha dos dados.

Instrumentos:

Para além da recolha de dados sociodemográficos e da entrevista clínica, serão aplicados os seguintes questionários (de auto preenchimento):

QLQ C30 – Avalia a qualidade de vida no doente oncológico. É o módulo geral do grupo EORTC. É constituído por 30 perguntas, tendo 5 escalas funcionais (funcionamento físico, funcionamento emocional, mudança de papel, funcionamento cognitivo, funcionamento social), 3 escalas de sintomas (fadiga; náuseas e vomitar; dor), seis itens sobre sintomas isolados (dispneia; insónia; perda de apetite; constipação; diarreia e dificuldades

financeiras) e um *score* global de qualidade de vida.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – A HADS foi criada e desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), com o intuito de constituir um instrumento para perceber as modificações que vão ocorrendo no estado emocional dos pacientes, bem como para aceder à presença ou ausência de níveis clinicamente significativos de ansiedade e/ou depressão (Zigmond & Snaith, 1983).

Esta escala destina-se a quantificar a Ansiedade e a Depressão, em contexto médico-hospitalar e demonstrou ser uma medida válida da gravidade destas duas perturbações psicopatológicas (Zigmond & Snaith, 1983).

A HADS é uma escala de auto-aplicação, composta por catorze itens que permitem num único instrumento aceder a duas subescalas distintas: uma destinada à mensuração da Ansiedade (constituída pelos itens 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13) e a outra respeitante à Depressão (composta pelos itens: 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14).

A tradução da escala foi validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Ferreira, et al. (2006).

Todas estas escalas foram escolhidas, de forma rigorosa e segura, na medida em que se procura estabelecer uma base de dados estatística que consiga fundamentar a/as nossas hipóteses.

Resultados

Dados sócio-demográficos

A primeira etapa dos resultados refere-se aos dados sócio-demográficos (*Idade; Género; Raça; Estado Civil; Situação Laboral Actual; Vive com; Habilitações Literárias e Residência Actual*).

No que concerne às idades dos participantes, apenas 6 sujeitos (18.8%), com leucemia têm menos de trinta anos; 14 elementos (43.8%) têm entre 31 e 50 anos e 12 sujeitos (37.5%) têm mais de 51 anos, podemos afirmar que não existem diferenças significativas embora possamos confirmar que a maioria dos pacientes com leucemia tem mais de 30 anos (81.3%), tal como tínhamos suportado na revisão da literatura.

Quanto ao género, temos um maior número de homens com cerca de 60% deixando as mulheres em menor número (13 elementos), com 40% aproximadamente. Estes valores podem ser explicados pelo facto destas neoplasias hematológicas terem uma maior incidência nos homens.

Relativamente à raça dos indivíduos compreendidos na amostra, temos que, 81.3% (26 elementos) são caucasianos e apenas 18.8% (6 elementos) são de raça negra.

Relativamente ao estado civil, 21 dos 32 elementos (65.5%) está casado, 6 elementos (18.8%) são solteiros, apenas 1 elemento (3.1%) é viúvo, 2 elementos são divorciados (6.3%) e 2 elementos estão em união de facto (6.3%). A grande maioria dos sujeitos amostrais é casada e isso, conforme vimos no capítulo introdutório, poderá ser fundamental em termos de suporte familiar.

No que concerne à situação laboral actual dos pacientes oncológicos, reparamos que a grande maioria (71.9%) está de baixa, deixando uma pequena parcela para as outras alíneas, 3 participares (9.4%) estão a trabalhar, 2 participantes (6.3%) estão desempregados e 4 participantes (12.5%) estão reformados. Embora muitas vezes este problema oncológico seja “curável” os sujeitos devido aos tratamentos e, por vezes, necessidade de internamento.

A grande maioria dos sujeitos amostrais vive com o cônjuge (65.6%), representando mais de metade da população em estudo, apenas 6 elementos (18.8%) vivem sozinhos enquanto 4 (12.5%) ainda vivem com os pais, apenas um membro vive com os filhos, representando apenas 3.1%. Nesta situação pode verificar-se que as idades dos pacientes

oncológicos, na sua grande maioria é superior aos 30 anos como foram confirmadas com o quadro anterior referente às idades dos indivíduos.

No que toca às habilitações literárias, temos a maior parte dos indivíduos apenas com o 9º ano de escolaridade e uma menor quantidade de indivíduos com o ensino superior. Ainda que as diferenças não sejam muito acentuadas. Sendo assim temos, 11 indivíduos (34.4%) com menos do que a 4ª classe; 13 indivíduos (40.6%) com o ensino liceal, ou seja, com escolaridade até ao 9º ano; e 8 indivíduos (25%) com o ensino superior.

Relativamente à residência, vemos que 53.1% (17 indivíduos), praticamente metade dos indivíduos, mora numa cidade; 9 (28,1%) mora num meio suburbano ou numa vila, sendo que apenas 6 (18,8%) vivem numa aldeia ou num meio considerado rural.

Variáveis clínicas

No capítulo das variáveis clínicas serão compreendidos: o diagnóstico médico, o estágio actual da doença, a comorbilidade, os antecedentes psiquiátricos, o tratamento actual, o tratamento em radioterapia, a necessidade de cirurgia e o transplante de medula óssea. Iremos ver até que ponto podemos extrapolar os dados e obter conclusões.

No gráfico referente ao diagnóstico médico, tal como podemos ver, as leucemias (mielóide e linfóide) são as detêm a maior percentagem.

Assim sendo, os pacientes com leucemias representam 40.6% (13 dos 32 pacientes). De forma discriminada temos: A Leucemia Linfoblástica Aguda (15.6%); e a Leucemia Mielóide Aguda (25%). Relativamente aos linfomas, que representam 28.1% dos 32 casos, temos: Linfoma Não-Hodgkin (18.8%); e Linfoma de Burkitt (9.4%). No que toca aos Mielomas, temos, o Mieloma Múltiplo (25%) com o mesmo número de casos da Leucemia Mielóide Aguda.

No *output* referente ao estágio actual da doença, verificamos que a maior parte dos pacientes sofre de uma doença inicial (56.3%), a doença é recidiva em 11 pacientes (34.4%) e apenas terminal num dos pacientes (3.1%). Existem apenas dois pacientes livres de doença/remissão (6.3%). Não deixa de ser curioso existir uma percentagem tão elevada de indivíduos com uma doença inicial e apenas terminal num dos indivíduos.

No gráfico referente à comorbilidade verificamos que há muito poucos doentes nesta situação, apenas 2 doentes (6.3%) têm uma comorbilidade, os restantes 93.8% (30 indivíduos) não sofrem de qualquer comorbilidade, o que representa uma boa perspectiva de recuperação e consequente cura.

A grande maioria dos doentes não tem antecedentes psiquiátricos, são 31 (96.9%), apenas um dos indivíduos tem antecedentes.

Todos os elementos da amostra (100%), fazem quimioterapia como tratamento principal. O tratamento de radioterapia aparece como um tratamento secundário e nem todos os doentes recorrem a ele, apenas 20%

Relativamente ao transplante de medula óssea vemos que 20 indivíduos (62.5%) recorreram ao transplante com sucesso; por outro lado, 12 dos 32 indivíduos (37.5%), ainda aguardam dadores compatíveis para transplante de medula óssea.

Sintomatologia psicopatológica

No capítulo da Sintomatologia Psicopatológica abordamos: Sintomas Ansiosos e Sintomas Depressivos. Segundo o quadro, os sintomas ansiosos ou depressivos inferiores a 7 são considerados ligeiros; quando superiores a 7 e inferiores a 10 consideramos que existe uma sintomatologia ansiosa ou depressiva moderada; quando os níveis são superiores a 11, estamos na presença de uma sintomatologia depressiva ou ansiosa grave.

Os sintomas ansiosos presentes no quadro demonstram que 62.5% dos doentes (20 indivíduos) tinham níveis de ansiedade inferiores a 7 o que significa que a nível de ansiedade são níveis ligeiros (que na maior parte dos casos são o reflexo do diagnóstico neoplásico); 8 indivíduos (25%) tem uma sintomatologia ansiosa moderada, enquanto apenas 4 (12.5%) apresentam um quadro ansioso de maior gravidade.

Os sintomas depressivos presentes no quadro demonstram que 40.6% dos doentes (13 indivíduos) têm um nível depressivo ligeiro; 37.5% (12 indivíduos) têm uma sintomatologia depressiva moderada; 21.9% (7 indivíduos) têm uma sintomatologia depressiva grave.

Qualidade de vida

Como qualidade de vida destacamos as variáveis para a escala funcional: Funcionamento Físico; Funcionamento Papel; Funcionamento Emocional; Funcionamento Cognitivo; e, Funcionamento Social.

Um resultado elevado numa escala funcional (funcionamento físico, funcionamento social, funcionamento papel, funcionamento emocional, funcionamento cognitivo) representa um elevado (saudável) nível de funcionamento (i.e., é bom ter 100 ou um resultado elevado).

Sendo assim, nesta escala, os resultados vão de 0-100.

Tabela 1. Média e Desvio-padrão da Escala Funcional

	Funcionamento Físico	Funcionamento Papel	Funcionamento Emocional	Funcionamento Cognitivo	Funcionamento Social
N	32	32	32	32	32
Média	58,0314	29,1563	68,75	83,7813	43,75
Desvio-Padrão	30,61044	36,16906	22,63312	23,37594	29,90846
Mínimo	0	0	17	0	0
Máximo	100	100	100	100	100

Como podemos ver na tabela 1, o funcionamento físico apresenta uma média de 58,03 e um desvio-padrão de 58.61, encontrando-se num valor suficiente se assim pudermos dizer. Já o Funcionamento Papel tem uma média muito baixa encontrando-se inferior a 30 (0-100) e um desvio-padrão um pouco superior fixado nos 36. O funcionamento emocional tem uma média de 68.75 e um desvio-padrão muito baixo, 22.63. O funcionamento cognitivo é o funcionamento presente na escala com o valor médio mais elevado, cerca de 84 e um desvio-padrão que ronda os 23. Por último, o funcionamento social com uma média de 43.75 e um desvio-padrão de 29.90.

Tabela 2. Média e Desvio-padrão da Escala Sintomas

	Fadiga	Náuseas e Vômitos	Dor	Dispneia	Insónia
N	32	32	32	32	32
Média	58,2813	14,0938	21,2813	10,4375	28,0625
Desvio-Padrão	33,23837	22,89155	28,39041	23,17387	35,04277
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	100	67	100	67	100

Um resultado elevado numa escala de sintomas (Fadiga; Diarreias e Vômitos; Dor; Dispneia; Insónias; Prisão de Ventre; Perda de Apetite; Dificuldades Financeiras), representa um nível elevado de sintomatologia (i.e., ter um resultado de 100 significa que, por exemplo, a pessoa não dorme).

Na tabela 2, verificámos que o nível médio de fadiga é elevado (58.28), os doentes oncológicos sofrem de períodos de fadiga longos com alguma dor (21.28) e com níveis de insónia igualmente elevados.

A experiência em Hospital, e mais concretamente com pacientes oncológicos em internamento, permite-nos ter a noção de como estes doentes ficam fatigados após os tratamentos e passam por períodos de longas insónias que poderão desencadear outro tipo de psicopatologia.

Tabela 3. Média e Desvio-padrão da Escala Sintomas

	Perda de Apetite	Prisão de Ventre	Diarreia	Dificuldades Financeiras	Global Health Status
N	32	32	32	32	32
Média	19,8125	6,25	10,4063	40,5313	46,2813
Desvio-Padrão	30,44237	17,87592	24,61295	29,11488	17,27806
Mínimo	0	0	0	0	17
Máximo	100	67	100	100	83

No que concerne à tabela 3, podemos verificar que existem resultados muito baixos no que concerne à perda de apetite (média de 19.81), à prisão de ventre (6.25) e à diarreia (10.40). Podemos afirmar, mediante estes resultados médios que, os pacientes de um modo geral têm tendência a perder a fome, a ter prisão de ventre e diarreias constantes durante o seu período de internamento. É bom recordar que estes pacientes oncológicos são sujeitos a uma grande pressão e a tratamentos duros e por vezes radicais. Tal como foi abordado no capítulo de revisão da literatura, referente ao suporte familiar, os pacientes que têm menos presença dos familiares e amigos tendem a desenvolver maior sintomatologia somática e psíquica.

Correlações

Tabela 4. Correlações entre Sintomas e Alguns Dados Sócio-Demográficos

		Sintomas Depressivos	Sintomas Ansiosos
Sintomas Depressivos	Pearson Correlation	1,00	0,691**
	Sig. (2-tailed)		0,00
	N	32,00	32,00
Sintomas Ansiosos	Pearson Correlation	0,691**	1,00
	Sig. (2-tailed)	0,00	
	N	32,00	32,00
Idade	Pearson Correlation	0,02	-0,27
	Sig. (2-tailed)	0,90	0,14
	N	32,00	32,00
Habilitações Literárias	Pearson Correlation	-0,18	0,03
	Sig. (2-tailed)	0,32	0,86
	N	32,00	32,00
Anos de Doença	Pearson Correlation	0,02	0,06
	Sig. (2-tailed)	0,93	0,74
	N	32,00	32,00
Meses de Doença	Pearson Correlation	0,02	0,06
	Sig. (2-tailed)	0,93	0,74
	N	32,00	32,00
**. A correlação é significativa quando $p > 0.05$			

Análise das correlações: Tabela 4

Referente à tabela 4 correlacionou-se as seguintes variáveis: *Idade, Habilidades Literárias, Anos de Doença, Meses de doença.*

Como podemos observar, existe uma correlação significativa entre os sintomas depressivos e os sintomas ansiosos. Sendo que: $r=0,691$; $p>0,05$

A idade e os sintomas depressivos apresentam uma correlação positiva mas fraca ($r=0,02$). No entanto, essa mesma correlação é negativa no que toca aos sintomas ansiosos ($r=-0,27$). Constatamos que embora com uma correlação fraca, quanto maior a idade menor são os sintomas ansiosos (tabela 6 e 7, vd. anexo A).

No que concerne às habilidades literárias, tal como aparece na tabela, vemos que existe uma correlação fraca e negativa em relação aos sintomas depressivos ($r=-0,18$) e positiva mas igualmente fraca em relação aos sintomas ansiosos ($r=0,03$). Concluimos, portanto, que quanto mais habilidades literárias mais baixo são os sintomas depressivos (ainda que não num valor significativo) e quanto mais altas as habilidades mais elevada é a propensão para sintomas ansiosos (há correlação mas não significativa).

Referente aos anos de doença, a correlação é fraca e positiva tanto para os sintomas depressivos ($r=0,02$) como para os sintomas ansiosos ($r=0,06$), podemos concluir que embora não haja correlação significativa existe uma aumento dos sintomas com o passar dos anos de doença, isto é, quantos mais anos de doença mais sintomas ansiosos e depressivos existem. A mesma situação estatística reflecte-se na variável, meses de doença.

Tabela 5. Correlações entre Sintomas e Funcionamentos

		Sintomas	Sintomas
		Depressivos	Ansiosos
Funcionamento Físico	Correlação de Pearson	-0,184	-0,386
	Sig. (2-tailed)	0,313	0,029
	N	32	32
Funcionamento Papel	Correlação de Pearson	-0,271	-0,278
	Sig. (2-tailed)	0,133	0,124
	N	32	32
Funcionamento Emocional	Correlação de Pearson	-0,758**	-0,542**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,001
	N	32	32
Funcionamento Cognitivo	Correlação de Pearson	-0,176	-0,321
	Sig. (2-tailed)	0,336	0,074
	N	32	32
Funcionamento Social	Correlação de Pearson	-0,576**	-0,421
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,016
	N	32	32
**. Correlação significativa quando $p > 0.01$			
*. Correlação significativa quando $p > 0.05$			

Análise das correlações: Tabela 5

Relativamente à tabela da qualidade de vida temos os cinco tipos de funcionamento: *Funcionamento Físico, Funcionamento Papel, Funcionamento Emocional, Funcionamento Cognitivo e Funcionamento Emocional*.

Quanto maior forem os valores referentes ao funcionamento físico, menores são os valores dos estados depressivos ($r=-0,184$) e da ansiedade ($r=-0,386$). Concluimos que os sujeitos que apresentam um melhor funcionamento físico têm menos propensão a estados depressivos e/ou ansiosos.

No que concerne ao funcionamento papel, à medida que os valores sobem, descem os valores referentes aos sintomas depressivos ($r=-0,271$) e ansiosos ($r=-0,278$).

Referente ao funcionamento emocional, temos duas correlações significativas, isto é, à medida que melhora o nível emocional, diminuem de forma significativa os valores referentes aos sintomas depressivos ($r=-0,758$) e ansiosos ($r=-0,542$). Estamos perante duas correlações significativas, e o funcionamento emocional acaba por ser o único tipo de funcionamento com duas variáveis que se correlacionam de forma significativa (depressão e ansiedade).

No que toca ao funcionamento cognitivo, não existem correlações significativas e à medida que este tipo de funcionamento aumenta, diminuem os sintomas depressivos ($r=-0,176$) e os ansiosos ($r=-0,321$).

O funcionamento social apresenta uma correlação significativa com os sintomas depressivos ($r=0,576$) e elevado, mas não significativo com os sintomas ansiosos ($r=-0,421$). À medida que este tipo de funcionamento aumenta, diminuem os sintomas ansiosos e depressivos.

Tabela 6. Sumário do Modelo 1 da Regressão Linear Múltipla

Modelo	R	R Quadrado	R Quadrado Ajustado	Variáveis Estatísticas				
				R Quadrado Mudado	F Change	df 1	df 2	Sig. F Change
1	,857 ^a	0,735	0,706	0.735	25.85	3	28	0

a. Preditores: (Constante), Global Health Status, Dor, Sintomas Ansiosos

b. Variável dependente: Sintomas Depressivos

Variáveis independentes: Sintomas Ansiosos, Dor e *Global Health Status*. O modelo da Regressão foi Entre:

Tabela 7. ANOVA do Modelo 1 da Regressão Linear Múltipla

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Média ao Quadrado	F	Sig.
Regressão	348.179	3	116.06	25.853	,000a
Residual	125.696	28	4.489		
Total	473.875	31			

a. Preditores: (Constante), Global Health Status, Dor, Sintomas Ansiosos

b. Variável Dependente: Sintomas Depressivos

Analisando as tabelas, verifica-se que a dimensão dos sintomas não é significativa ($p=0 > 0,05$) e o R^2 (coeficiente de determinação múltiplo ajustado), que quantifica a proporção de variabilidade total da variável dependente que é explicada pelo modelo é de 0,735 o que traduz 73,5% da variabilidade total.

Tabela 8. Coeficientes do Modelo 1 da Regressão Linear Múltipla

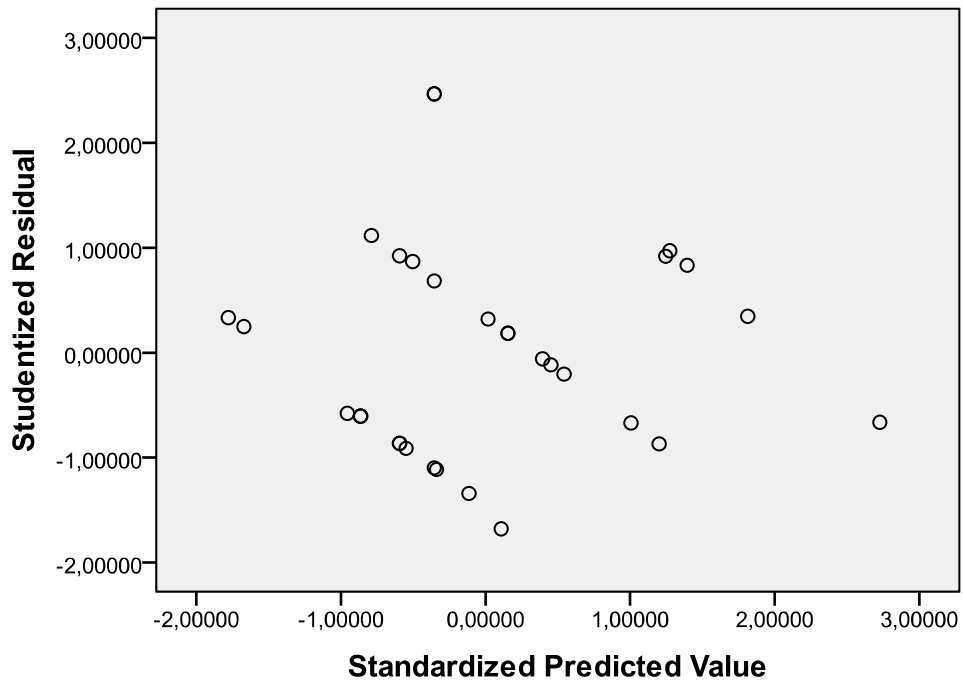
Modelo	Coeficientes Estandarizados		Coeficientes não Estandarizados	t	Sig.
	B	Std. Erro	Beta	32	32
1 (constante)	9.245	1.578		5.858	000
Sintomas Ansiosos	0.593	0.108	0.578	5.471	000
Dor	-,031	0.014	-0.224	-0.223	0.034
Global Health Status	-0.114	0.023	-0.505	-4.870	000

a. Variável Dependente: Sintomas Depressivos

Pressupostos da regressão linear múltipla

Homocedasticidade

Figura 1. Homocedasticidade dos Resíduos



Os resíduos não se encontram constantes em relação ao eixo horizontal zero. Rejeitando a hipótese da homocedasticidade.

Autocorrelação

O valor do teste de Durbin-Watson é de 1,821, como o valor é próximo de 2, não existe autocorrelação dos resíduos, segundo Pestana e Gageiro (2005).

Normalidade

Tabela 9. Teste de Normalidade dos Resíduos

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual	,134	32	,151	,935	32	,055

a. Lilliefors Significance Correction

Para, $p=0,151 > p\text{-value: } 0.05$. rejeitamos a hipótese de normalidade dos resíduos.

Multicolinearidade

Quanto mais próxima de zero estiver a *VIF*, menor será a multicolinearidade. Relativamente à dor temos uma *VIF* de 1,123, no *Global Health Status* temos 1,142 e nos sintomas ansiosos temos 1,248. Podemos concluir que a multicolinearidade é reduzida pois encontra-se próxima do zero.

Tabela 10. Coeficientes

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error				Beta	Lower Bound	Upper Bound	Zero order	Partial	Part	Tolerance	VIF
			B										
1 (Constant)	1,867	,448		4,168	,000	,949	2,784						
Dor	-,007	,004	-,266	-1,883	,070	-,015	,001	-,032	-,335	-,251	,890	1,123	
Global Health Status	-,017	,006	-,368	-2,588	,015	-,030	-,003	-,513	-,439	-,344	,876	1,142	
Sintomas Ansiosos	,580	,161	,534	3,593	,001	,249	,911	,575	,562	,478	,801	1,248	

a. Variável Dependente: Sintomas Depressivos

Discussão

A palavra depressão é muitas vezes utilizada de forma descontextualizada e até mesmo “selvagem”. O nosso trabalho procurou estabelecer uma relação entre os pacientes oncológicos e os estados depressivos que estão associados. Não podemos falar de depressão em termos psicopatológicos, pois não houve um período de acompanhamento suficientemente duradouro para podermos confirmar se há ou não patologia.

Relativamente aos dados iniciais (soció-demográficos), temos que a maior parte dos sujeitos se encontra no intervalo entre os 31 e os 50 anos e é caucasiana (26 doentes caucasianos e apenas 6 negros). A grande maioria dos doentes é casada, vive apenas com o cônjuge e estão de baixa (baixa médica devido ao internamento).

Estima-se que 15% a 53% dos doentes oncológicos preenchem os requisitos de diagnóstico de depressão (Lundenberg, 1999). Nos últimos anos têm sido efectuados estudos de investigação com o objectivo de avaliar o diagnóstico e manutenção da depressão em doentes com cancro. Um dos obstáculos nos estudos da depressão em doentes com cancro tem sido a dificuldade em distinguir os sintomas depressivos que estão associados, com o síndrome-depressivo, atribuído ao conhecimento da doença neoplásica, dos sintomas que são causados pelo tratamento médico-cirúrgico (Dugan et al., 1998).

Os doentes com cancro apresentam reacções de ansiedade, com sintomas de preocupação e pensamentos intrusivos acerca do cancro. Num estudo de revisão da literatura citado por Dugan (1998), o autor concluiu que um quarto, a metade dos doentes que recebem tratamento para o cancro, sofre de ansiedade ou depressão, ou ambas. No nosso estudo confirmam-se estados depressivos e ansiosos com alguma intensidade, contudo os nossos dados não são suficientemente significativos para podermos concluir algo de tão evidente. Se falarmos de níveis depressivos ou ansiosos ligeiros podemos afirmar que 78.1% dos indivíduos presentes na nossa amostra apresentavam sintomatologia depressiva moderada, apenas 21,9% dos indivíduos sofriam de uma perturbação depressiva acentuada. Ao nível da ansiedade temos que

87.5% dos doentes sofrem de ansiedade moderada e os restantes apresentam uma ansiedade acentuada.

Hardman et al. (1989) afirmam que devido à angústia que o diagnóstico de cancro provoca no doente e nas suas famílias, deve salientar-se a importância do apoio psicológico (aproximação multidisciplinar como se falou anteriormente). Neste mesmo estudo conclui-se que apenas 2% destes indivíduos beneficiam de apoio especializado na área psicológica.

Segundo o estudo de Sharpley et al. (2008), que procura estabelecer um entendimento entre a depressão nos pacientes oncológicos e a forma como isso afecta a sua qualidade de vida, os resultados indicaram a existência de uma relação entre os *scores* da depressão e a frequência nas variáveis da qualidade de vida, utilizando o questionário EPCLQ (diferente daquele que por nós foi usado na recolha).

Carrol e Kathol (1993), utilizaram as escalas de avaliação da ansiedade e de depressão, procederam à avaliação de doentes com cancro e encontraram 47.6% com perturbação psiquiátrica destacando-se 23.1% de ansiedade e 17.7% de depressão. Estes autores concluíram que a perturbação depressiva e ansiosa são quadros que podem interferir de forma substancial no conforto do doente e na sua qualidade de vida. Por outro lado, Coenson (1994), afirma que a prevalência elevada de perturbações psiquiátricas em doentes com patologia oncológica é esperada pois estes doentes convivem com a dor, desfiguramento, a separação e a morte, para além de terem de enfrentar tratamentos desgastantes como é a quimioterapia, a radioterapia e as constantes idas ao hospital. Tudo isto são mudanças no estilo de vida e que atacam o modo de funcionamento dos indivíduos oncológicos e suas famílias.

Num estudo realizado por Schag e Heinrich (1995), que envolvia um estudo sobre os níveis de ansiedade nos indivíduos oncológicos concluiu-se que, 44% dos indivíduos padeciam de sintomas ansiosos com intensidade moderada e que 23% desses doentes já padeciam de uma ansiedade significativa. Visto bem, no nosso estudo, e como falado anteriormente, os nossos resultados apontam para uma ansiedade moderada que ronda os 87.5%, enquanto 12.5% já registavam uma ansiedade acentuada.

Segundo Crowe e Costello (2003), a depressão e ansiedade estão englobadas nas variáveis de saúde, e podemos observar isso nos resultados referentes ao *status* global de saúde, os doentes com melhor funcionamento emocional e cognitivo têm valores

depressivos e ansiosos bastante mais reduzidos, daí a maior expressividade nas correlações. À medida que estes tipos de funcionamento sobem, diminuem os valores da depressão e da ansiedade.

Segundo Bond (1985), as emoções mais comumente associadas à dor crónica são a depressão e a ansiedade. Sobretudo quando consideramos a depressão como o diagnóstico psiquiátrico mais comum em doentes oncológicos, o que poderá originar quando não identificada e não tratada, falhas ao nível da comunicação e poderá levar os doentes a aderirem menos à terapêutica, a importância de uma equipa multidisciplinar no hospital é inegável e sabemos que têm sido feitos esforços nesse âmbito.

Como se viu no nosso trabalho existem relações entre os *scores* da qualidade de vida, a depressão e ansiedade, embora não existam correlações significativas em todos os modos de funcionamento da qualidade de vida. Vimos que existe uma correlação significativa em relação ao funcionamento social com a depressão e no funcionamento emocional, embora os resultados sejam fortes, não são significativos em todos os funcionamentos da qualidade de vida. No que toca à depressão e ansiedade tivemos valores significativamente correlacionados apenas entre si, isto é, relativamente à idade, anos de doença e habilitações literárias não houve correlação significativa, muito embora à medida que aumenta a idade dos doentes, existe uma correlação positiva entre a depressão. Contudo, segundo os dados os estados ansiosos diminuem ainda que em valores ténues.

Considerações Finais

O nosso trabalho ofereceu-nos uma boa oportunidade para ficarmos a conhecer um pouco mais acerca da área psico-oncológica e estabelecermos uma boa relação com estes pacientes durante o internamento.

A amostra foi recolhida em contexto hospitalar e não ofereceu qualquer tipo de resistência, o tema escolhido foi rapidamente aceite na comissão de ética do Hospital de Sta. Maria e cedo se pôde começar a recolha.

O contexto clínico em que estagiei, foi muito positivo, permitiu-me criar as condições ideais para fazer uma boa recolha e estabelecer uma óptima relação com os serviços, médicos, enfermeiros, doentes e pessoal auxiliar.

Uma nota menos positiva para o meu tema de tese anterior (a depressão nos doentes com cancro da prostata em tratamento de radioterapia), já que fui obrigado a mudar a temática por falta de acordo com a directora do serviço de radioterapia, mesmo com a pesquisa aprovada pela comissão de ética vi o meu trabalho a ser bloqueado por aquilo a que se costuma chamar, “burocracias”. Com a tese “falhada” e com a necessidade apressada de começar uma nova temática, fui obrigado a largar a minha originalidade e espontaneidade e abarcar um modelo que embora não me identifique, foi o único possível (dada a escassez de tempo), esta nova forma de trabalho permitiu-me concluir a tese nos prazos estipulados mas não me permitiu trabalhar em termos qualitativos, principalmente a nível de revisão de literatura onde poderia ter desenvolvido mais e melhor a temática estudada.

A escolha da área psico-oncológica recai nessa boa relação que tive nos serviços e na forma como os doentes necessitam de apoio psicológico, durante o internamento.

Estabeleci alguns contactos com doentes que embora não figurem na amostra foram muito importantes para a minha opção por este tema. Doentes em internamento, com poucas condições pessoais e sociais, alguns deles em isolamento enquanto aguardam transplante de medula óssea, crianças e adolescentes, pais de família, idosos, viúvos, pessoas com esperança, pessoas sem esperança... tudo isto me enriqueceu, me tornou mais experiente e mais resiliente. Foi esta realidade que me despertou para o

mundo da psico-oncologia e me deu capacidade crítica em relação àquilo que é necessário fazer para melhorar a qualidade de vida dos doentes oncológicos, daí a minha constante defesa numa abordagem multidisciplinar que ficou bem patente ao longo deste trabalho.

Durante o estágio em psiquiatria de ligação estive em vários serviços, conheci vários técnicos de saúde, vários doentes e várias condições de trabalho que me permitiram ganhar maior experiência. Depois de ter terminado o estágio, saio com vontade de voltar e de ser mais um profissional de saúde com vontade de mudar alguns aspectos, crescer com outros e tornar-me cada vez melhor na área clínica.

A importância deste estudo remete para a constante luta dos profissionais de saúde mental a serem ouvidos no contexto hospitalar, procurámos por isso abordar temas como, a introdução de equipas multidisciplinares, o melhoramento de funções dos psicólogos clínicos no internamento, a importância da psicologia como primeiro embate aos doentes internados, a psicologia como instrumento psicoterapêutico em contexto hospitalar, as condições dos psicólogos no hospital.

Sentimos dificuldades ao nível da recolha da amostra no primeiro trabalho, contudo depois de mudarmos de área (embora na mesma na psico-oncologia), foi tudo mais rápido. Logo após a aprovação do tema pela comissão de ética procedemos à recolha que correu relativamente bem, no entanto, dada a urgência da entrega da tese, a população amostral foi pequena. Outra dificuldade sentida foi em termos de aproximação dos pacientes, sentimos algumas dificuldades a esse nível devido às burocracias do hospital e a alguma incompatibilidade nos horários de ambos.

Em trabalhos futuros com esta temática, procuraremos aumentar exponencialmente o tamanho da amostra, introduzir novas escalas e procurar novas correlações entre as variáveis.

Referências

- Albrecht, G.; Walker, V; Levy, J. (1982), “Distance from the stigmatized: a test of two theories”, *Science and Medicine*, 16, pp. 1319-1327.
- Andrews, P. L.R.; Davis, C. (1993), “the mechanism of emesis induced by anti-cancer therapy”, in P.L.R.; Andrews e G. L. Sanger (eds.), *Emesis in Anti-Cancer Therapy: Mechanisms and treatment*, Londres, Chapman and Hall Medical.
- Appelbaum, F. R. (2000). The acute leukemias. In *Cecil Textbook of Medicine*. Bennet J. C., Plum F. (eds), W.B. Saunders Company, Filadélfia, EUA, pp. 953.
- Barge-Schaapveld, D., Nicolson, N., Berkhof, J. & deVries, M. (1999) Quality of Life in Depression: daily life determinants and variability. *Psychiatry Research*, 88, pp. 173-189.
- Barraclough, J. (1999). Cancer and Emotion. *A Practical Guide to Psycho-Oncology*. Wiley. Oxford, UK. Third Edition.
- Beck, A., Robinson, J., Carlson, L., (2007). Sexual Intimacy in Heterosexual Couples after Prostate Cancer Treatment: What we know and what we still need to learn. In *Urologic Oncology*, review article.
- Bennet, P.; Murphy, S. (1999). Psicologia e promoção da saúde. *Manuais Universitários*, 14. Lisboa. Climepsi Editores.
- Bond, M, R. (1985), Cancer Pain: Psychological substrates and therapy. In; *Advanced in Pain Research and Therapy*. 4th Congress on Pain. New York, V.9 p. 559-67.
- Bultz, B. D., Carlson, L. E., (2006). Emotional distress: The Sixth Vital Sign – Future Directions in Cancer Care. *Psychooncology*, 15(2). 93-5.
- Canada, A. L., Neese, L. E., Sui, D. Schover, L. R., (2005). Pilot intervention to

- enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer*. 104 (12): 2689-2700.
- Cardoso, J. (1998). Sexual Function/Disfunction In The spinal Cord Injured Subject. *Acta Portuguesa de Sexologia*, II (2): 73-76.
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J. et al. (2004). High Levels of Untreated Distress and Fatigue in Cancer Patient. *British Journal of Cancer*, 90(12).
- Carod-Artal, F. J. (1999) Measurement of the Quality of Life in Stroke Survivors. *Revista de Neurología*, 29, pp. 447-456.
- Carrol, B. T., Kathos, R. G., Noves, R. J., Wald, T. G., Clamon, G. H. (1993). Screening for Depression and Anxiety in Cancer Patient using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp. Psychiatry*. 15: 69-74
- Chessells J..M., Harrison G., Richards S. M., Bailey C. C., Hill F. G. H. & Hann I. (2002) Down's syndrome and acute lymphoblastic leukaemia: *clinical features and Journal of Intellectual Disability Research*, 43 (24)
- Cobb, S. (1976), "social support as a moderator of life stress", *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), pp. 300-314.
- Coenson C., Dimsdale, J. E. (1994). Psychiatric Liaison on a bone marrow transplantation unit. *Gen Hosp Psychiatry*. 16: 131-134
- Crawford, M., & Cardoso, J. (2000). A dimensão sexual na doença crónica: que avaliação? Que intervenção? In J. Ribeiro, I. Leal, e M. Dias (Orgs) *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Crowe, H., Costello, A. (2003). Prostate Cancer: Perspectives on quality of life and impact of treatment on patients and their partners. *Urologic Nursing* 23(4): 279-

285.

Dugan W., Macdonald M. V., Passic S. D. (1998). Use the Zung Self-Rating Depression Scale in Cancer Patients: Feasibility as a Screening Tool. *Psyc. Oncol.* 7: 483-493

Gimenes, M. G. A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica. In: Carvalho, M. M. M. J. (Org.). *Psico-oncologia no Brasil – resgatando o viver*. São Paulo: Summus, 1998. p. 232-246.

Goffman, E. (1963), *Stigma*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Haematol, J. (2003). Criteria for the classification of monoclonal gammopathies, multiple myeloma and related disorders: *a report of the International Myeloma Working Group* ; 121(5):749-57.

Haig, R., A. (1992) Management of depression in patients with advanced cancer. *Medical Journal of Australia* 156 499-503.

Hardman, A., Maguire, P. Crowther, D. (1989). The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res.* 33: 235-9.

Hartge, P. Davesa, S. Fraumeni, F. (1994). Jr. Hodgkin's and Non-Hodgkin's Lymphomas. *Cancer Service.* 19-20:423-53.

Holland, J. C. (1989). Behavioural and psychological risk factors in cancer: Human studies, in J. C. Holland e J. W. Rolland (eds), *Handbook of Psycho-Oncology*. Nova Iorque, Oxford University Press.

House, J. C. (1981), *Work, Stress and Social Support*, Reading, PA, Addison-Wesley.

[Http://pt.wikipedia.org/wiki/Leucemia](http://pt.wikipedia.org/wiki/Leucemia), retirado no dia 30 de Setembro de 2009.

Hungria V, Maiolino A, Martinez G, Colleoni GW, Pasquini R, de Souza C (2008); International Myeloma Working Group Latin America. Confirmation of the utility

of the International Staging System and identification of a unique pattern of disease in Brazilian patients with multiple myeloma. *Haematologica* ;93:791-2.

Justo, J. M. (2002), “uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia , intervenção e articulações”, in M. R, Dias e E. Durá (coord.), *Territórios da Psicologia Oncológica*, Lisboa, Climepsi Editores.

Lundenberg J. (1999). Factor Analysis of Zung Self-Rating Depression Scale in a Large Ambulatory Oncology Sample, in: *Oncol Symp. Cont & Res*. Indianapolis.

Maguire, P., Faulkner A., Regnard, C. (1993) Managing the anxious patient with advancing disease – a flow diagram. *Palliative Medicine* 7 239-244.

McCall, W., Cohen, W., Reboussin, B. & Lawton, P. (1999) Effect of mood and age on quality of life in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 55 (2-3): pp. 107-114.

Moinpour CM, 1992. Measuring quality of life: An emerging science. *Seminars Oncol* 21(5)(Suppl.10): 48–63.

Nezu, A; Nezu, C; Friedman, S.; Faddis, S.; Houts, P. (1998), *Helping Cancer Patients Cope: A Problem-Solving Approach*, Washington, American Psychological Association.

Pereira, M. G. & Lopes, C. (2005). O doente oncológico e a sua família. *Manuais universitários* 25 2 ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Pestana, M.H., Gageiro, J.M., (2005), *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*, Edições Sílabo, 4ª edição revista e aumentada.

Pimentel, F. (2002), Survey of Portuguese physicians on quality of life information. *Quality of Life Research*, 11, p. 654.

Pimentel, F. (2003), *Qualidade de vida no doente oncológico*. Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (dissertação de doutoramento).

- Pyne, J. Patterson, T. Kaplan, R. Ho, S. Gillin, J. Golshan, S., & Grant, I. (1997). A preliminary longitudinal assessment of quality of life in patients with Major Depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 33 (1): pp. 23-29
- Pyne, J. Pattersons, T., Kaplna, R. Gillin, J,m Koch, W, & Grant, I. (1997b). Assessment of the Quality of Life of patients with Major Depression. *Psychiatric Services*, 48, 2, pp. 224-230
- Ribeiro, J. (2002) A qualidade de vida e doença oncológica. In M. Dias & E. Durá (Coord) *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodrigues, A. M. & Gomes, I. (2008) Ansiedade e depressão na dor crónica, 73-77. In I. Leal, J. L. Ribeiro, I. Silva, e S. Marques (Orgs) *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: I.S.P.A.
- Sang Ok Chong. (2007). Relationship between spiritual health and depression of patients with hematological malignances. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 34 Issue 2, p498-499, 2p.
- Schag C. A., Heinrich R. L. (1995). Anxiety in medical situations: adult cancer patients. *J Clin Psychology*. 45: 20-27.
- Sharpley, C. & Christie, D., R., H. (2006) An analysis of the psychometric profile and frequency of anxiety and depression in Australian men with prostate cancer. *Psycho-Oncology* 16: 660-667.
- Sharpley, C., Bitsika, V., Christie, D. (2008). Understanding the Causes of Depression among prostate cancer patients: Development of the Effects of Prostate Cancer on Lifestyle Questionnaire. In *Psycho-Oncology*.
- Sontag, S. (1984). A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal
- Sousa. L. (2007). Sobre... vivendo com cancro: o doente oncológico e a sua família. Lisboa: Climepsi editores.
- Stedeford, A. (1986), Encarando a Morte: Uma Abordagem ao Relacionamento com o

Paciente Terminal. Porto Alegre, Artes Médicas.

Tabak, D. G. (1991) Transplante de medula. In: Schwartzmann, G. *Oncologia Clínica*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1991, p. 171-180

Trill, D. M, (2003). Psico-Oncologia. *Clínica y Salud*, 2005. Ades Ediciones, S.L., Madrid

Katriina, L., B., Parkert, C., Dearnaley, D., Brewin, C., R. Watson, M. (2007). Does active surveillance for men with localized prostate cancer carry psychological morbidity?: *Journal Compilation* (100): 540-543

Zigmond, A. S., Snaith, R. P., (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatric Scand.* 67(6): 361-70.

Zittoun R. 1993. Quality of life in haematological malignancies with brief reference to bone marrow transplantation. *Leukaemia Res* 17/9: 727–731.

Anexo A

Tratamento Estatístico dos Dados

1- Dados Sociodemográficos

Tabela 12- Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 30	6	18,8	18,8	18,8
31 - 50	14	43,8	43,8	62,5
> 51	12	37,5	37,5	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Tabela 13 - Idade

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		45,56
Std. Deviation		14,618
Minimum		22
Maximum		75

Tabela 14 - Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	19	59,4	59,4	59,4
	Feminino	13	40,6	40,6	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 15 - Raa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Caucasiana	26	81,3	81,3	81,3
	Negra	6	18,8	18,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 16 - Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	6	18,8	18,8	18,8
	Casado	21	65,6	65,6	84,4
	Viúvo	1	3,1	3,1	87,5
	Divorciado/Separado	2	6,3	6,3	93,8
	União de Facto	2	6,3	6,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 17 - Situação Laboral Actual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A trabalhar	3	9,4	9,4	9,4
	Desempregado	2	6,3	6,3	15,6
	De Baixa	23	71,9	71,9	87,5
	Reformado	4	12,5	12,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 18 - Vive com

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Isolado	6	18,8	18,8	18,8
	Cônjuge	21	65,6	65,6	84,4
	Pais	4	12,5	12,5	96,9
	Filhos	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 19 – Residência Actual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aldeia/Meio rural	6	18,8	18,8	18,8
	Meio suburbano/Vila	9	28,1	28,1	46,9
	Cidade	17	53,1	53,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 20 - Habilitações Literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 4ª Classe	11	34,4	34,4	34,4
	Ensino Liceal	13	40,6	40,6	75,0
	Ensino Superior	8	25,0	25,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

ANEXO B

2 - Variáveis Clínicas (médicas)

Tabela 21 - Diagnóstico Médico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Anemia Aplástica	1	3,1	3,1	3,1
Linfoma Burkitt	3	9,4	9,4	12,5
LLA	5	15,6	15,6	28,1
LMA	8	25,0	25,0	53,1
LNH	6	18,8	18,8	71,9
MM	8	25,0	25,0	96,9
SMD	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Tabela 22- Diagnóstico Médico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Leucemias	13	40,6	40,6	40,6
Linfomas	9	28,1	28,1	68,8
Mielomas	9	28,1	28,1	96,9
Outros	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Tabela 23 - Data 1º Diagnóstico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Abril 2009	1	3,1	3,1	3,1
	Agosto 2007	2	6,3	6,3	9,4
	Agosto 2008	2	6,3	6,3	15,6
	Agosto 2009	3	9,4	9,4	25,0
	Dezembro 2005	1	3,1	3,1	28,1
	Dezembro 2008	1	3,1	3,1	31,3
	Fevereiro 2008	1	3,1	3,1	34,4
	Janeiro 2009	2	6,3	6,3	40,6
	Julho 2006	1	3,1	3,1	43,8
	Julho 2009	6	18,8	18,8	62,5
	Junho 2005	1	3,1	3,1	65,6
	Junho 2009	2	6,3	6,3	71,9
	Mai 2003	1	3,1	3,1	75,0
	Mai 2006	1	3,1	3,1	78,1
	Mai 2009	3	9,4	9,4	87,5
	Outubro 2007	1	3,1	3,1	90,6
	Outubro 2008	2	6,3	6,3	96,9
	Setembro 2006	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 24 – anos e meses de doença

	Anos de Doença	Meses de Doença
Valid	32	32
Missing	0	0
Mean	1,1237	13,50
Std. Deviation	1,53167	18,341
Minimum	,08	1
Maximum	6,25	75

Tabela 25 - Estádio Actual da Doença

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Doença inicial	18	56,3	56,3	56,3
Recidiva	11	34,4	34,4	90,6
Livre Doença/Remissão	2	6,3	6,3	96,9
Doença terminal	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Tabela 26 - Estádio da Doença

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Hospitalização	29	90,6	90,6	90,6
D. Terminal	3	9,4	9,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Tabela 27 - Estádio Funcional (WHO-ECOG)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Actividade normal	7	21,9	21,9	21,9
Sintomas, quase sempre ambulatorio	8	25,0	25,0	46,9
Acamado menos de 50 % do tempo diário normal	7	21,9	21,9	68,8
Acamado mais de 50 % do tempo diário normal	5	15,6	15,6	84,4
Incapaz de se levantar da cama	5	15,6	15,6	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Tabela 28 - Comorbilidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem	30	93,8	93,8	93,8
	Uma	2	6,3	6,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 29 - Antecedentes Psiquiátricos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem antecedentes	31	96,9	96,9	96,9
	Com antecedentes	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 30 - Tratamento Actual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	QT	32	100,0	100,0	100,0

Tabela 31 - Radioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	23	71,9	71,9	71,9
	Sim	9	28,1	28,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 32 - Cirurgia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	32	100,0	100,0	100,0

Tabela 33 - Transplante de Medula Óssea

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	20	62,5	62,5	62,5
Sim	12	37,5	37,5	100,0
Total	32	100,0	100,0	

ANEXO C

3 - Sintomatologia Psicopatológica

Tabela 34 – Sintomatologia Psicopatológica

		Sintomas Ansiosos	Sintomas Depressivos
N	Valid	32	32
	Missing	0	0
Mean		7,19	7,56
Std. Deviation		3,814	3,910
Minimum		2	0
Maximum		18	16

Tabela 35 - Sintomas Ansiosos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 7	20	62,5	62,5	62,5
	8 -10	8	25,0	25,0	87,5
	> 11	4	12,5	12,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 36 - Sintomas Ansiosos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 10	28	87,5	87,5	87,5
	> 11	4	12,5	12,5	100,0
Total		32	100,0	100,0	

Tabela 37 - Sintomas Depressivos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<7	13	40,6	40,6	40,6
	8 -10	12	37,5	37,5	78,1
	> 11	7	21,9	21,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabela 38 - Sintomas Depressivos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 10	25	78,1	78,1	78,1
	> 11	7	21,9	21,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

ANEXO D

4 - Qualidade de Vida

Tabela 39 - Funcionamentos

Statistics

	Funcionamento Físico	Funcionamento Papel	Funcionamento Emocional	Funcionamento Cognitivo	Funcionamento Social
Valid	32	32	32	32	32
Missing	0	0	0	0	0
Mean	58,0313	29,1563	68,7500	83,7813	43,7500
Std. Deviation	30,61044	36,16906	22,63312	23,37594	29,90846
Minimum	,00	,00	17,00	,00	,00
Maximum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 40 – características somáticas

Statistics

	Fadiga	Náuseas e vômitos	Dor	Dispneia	Insónia
N Valid	32	32	32	32	32
Missing	0	0	0	0	0
Mean	50,2813	14,0938	21,2813	10,4375	28,0625
Std. Deviation	33,23837	22,89155	28,39041	23,17387	35,04277
Minimum	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum	100,00	67,00	100,00	67,00	100,00

Tabela 41 – Características somáticas

	Perda de Appetite	Prisão de ventre	Di arreia	Dificul dades Financeiras	Global Health Status
Valid	32	32	32	32	32
Missin g	0	0	0	0	0
Mean	19,8125	6,2500	10 ,4063	40,531 3	46,281 3
Std. Deviation	30,4423 7	17,875 92	24 ,61295	29,114 88	17,278 06
Minimum	,00	,00	,0 0	,00	17,00
Maximum	100,00	67,00	10 0,00	100,00	83,00

ANEXO E

Tabela 42 - Correlações

		Sintomas Depressivos	Sintomas Ansiosos
Sintomas Depressivos	Pearson Correlation	1	,691**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	32	32
Sintomas Ansiosos	Pearson Correlation	,691**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	32	32
Idade	Pearson Correlation	,023	-,266
	Sig. (2-tailed)	,903	,141
	N	32	32
Habilitações Literárias	Pearson Correlation	-,182	,034
	Sig. (2-tailed)	,320	,855
	N	32	32
Anos de Doença	Pearson Correlation	,016	,061
	Sig. (2-tailed)	,931	,741
	N	32	32
Meses de Doença	Pearson Correlation	,016	,060
	Sig. (2-tailed)	,932	,743
	N	32	32

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 43 – Correlações

		Sintomas Depressivos	Sintomas Ansiosos
Sintomas Depressivos	Pearson Correlation	1	,691**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	32	32
Sintomas Ansiosos	Pearson Correlation	,691**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	32	32
Funcionamento Físico	Pearson Correlation	-,415*	-,178
	Sig. (2-tailed)	,018	,330
	N	32	32
Funcionamento Papel	Pearson Correlation	-,331	-,285
	Sig. (2-tailed)	,064	,114
	N	32	32
Funcionamento Emocional	Pearson Correlation	-,656**	-,818**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	32	32
Funcionamento Cognitivo	Pearson Correlation	-,411*	-,242
	Sig. (2-tailed)	,019	,182
	N	32	32
Funcionamento Social	Pearson Correlation	-,495**	-,651**
	Sig. (2-tailed)	,004	,000
	N	32	32
Fadiga	Pearson Correlation	,474**	,225
	Sig. (2-tailed)	,006	,215
	N	32	32
Náuseas e vômitos	Pearson Correlation	,090	,193
	Sig. (2-tailed)	,623	,291
	N	32	32
Dor	Pearson Correlation	,000	,249
	Sig. (2-tailed)	,997	,169
	N	32	32
Dispneia	Pearson Correlation	,385*	,210
	Sig. (2-tailed)	,030	,249
	N	32	32

Insónia	Pearson Correlation	,415 [*]	,580 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,018	,001
	N	32	32
Perda de Apetite	Pearson Correlation	,256	,198
	Sig. (2-tailed)	,158	,276
	N	32	32
Prisão de ventre	Pearson Correlation	,195	,299
	Sig. (2-tailed)	,286	,097
	N	32	32
Diarreia	Pearson Correlation	,116	,093
	Sig. (2-tailed)	,529	,613
	N	32	32
Dificuldades Financeiras	Pearson Correlation	,380 [*]	,648 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,032	,000
	N	32	32
Global Health Status	Pearson Correlation	-,663 ^{**}	-,335
	Sig. (2-tailed)	,000	,061
	N	32	32

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo F

Fig. 1. Idade

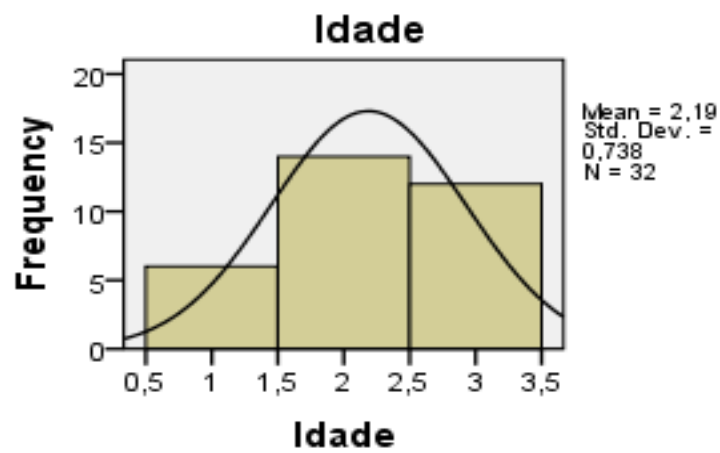


Fig. 2. Raça

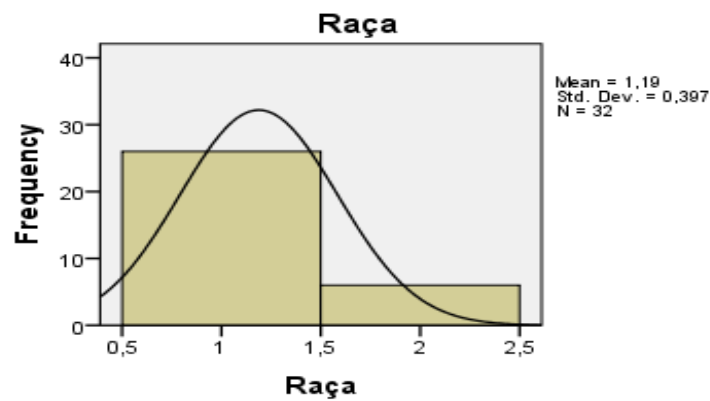


Fig. 3. Género

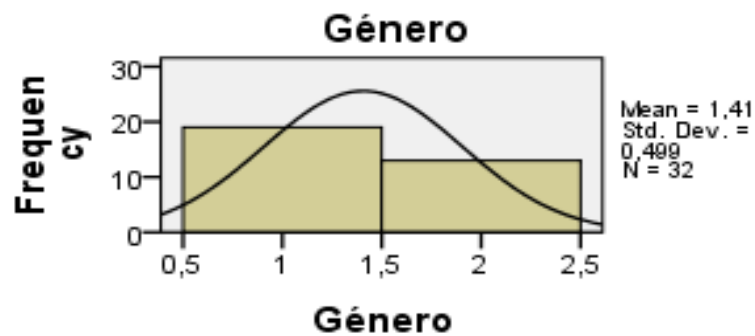


Fig 4. Situação Laboral Actual

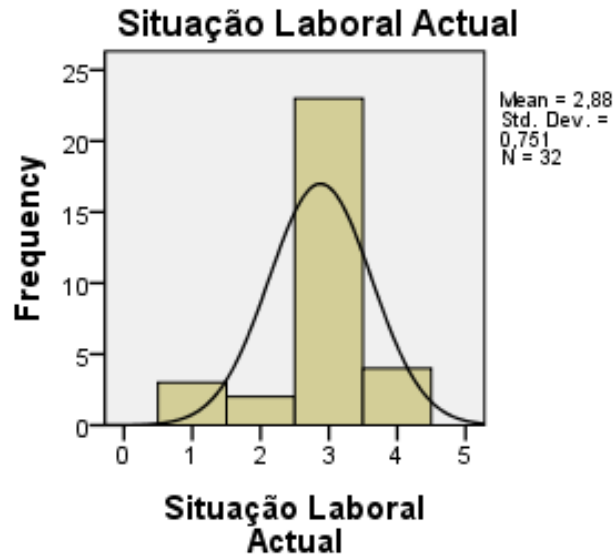


Fig 5. Estado Civil



Fig. 6. Vive com

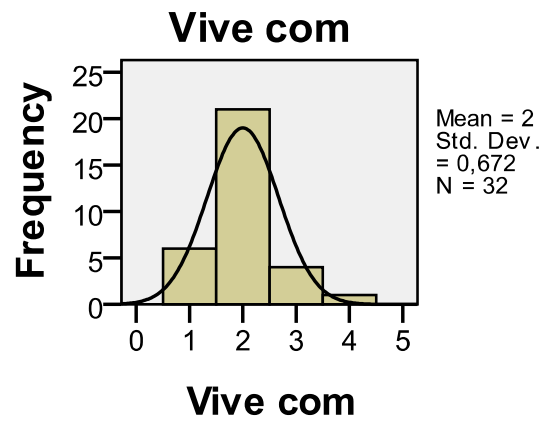


Fig. 7 Habiltações Literárias

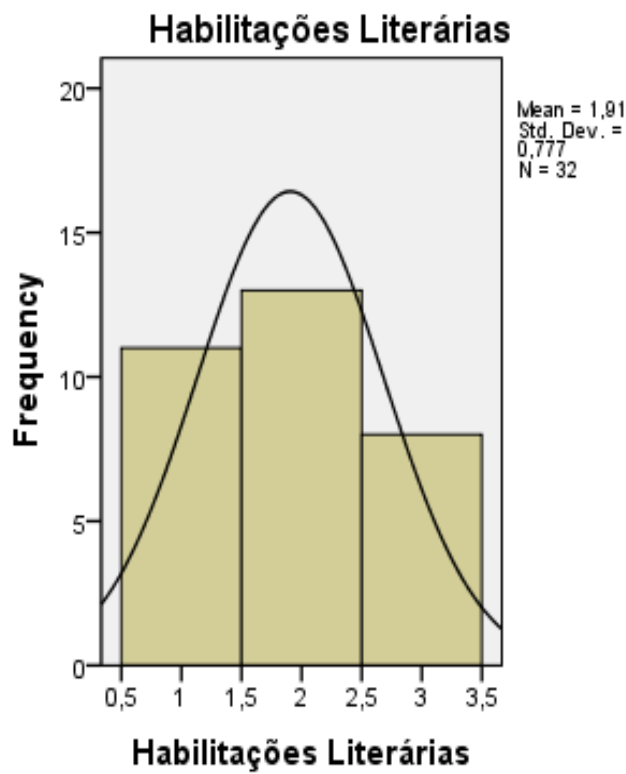


Fig. 8. Residência Actual

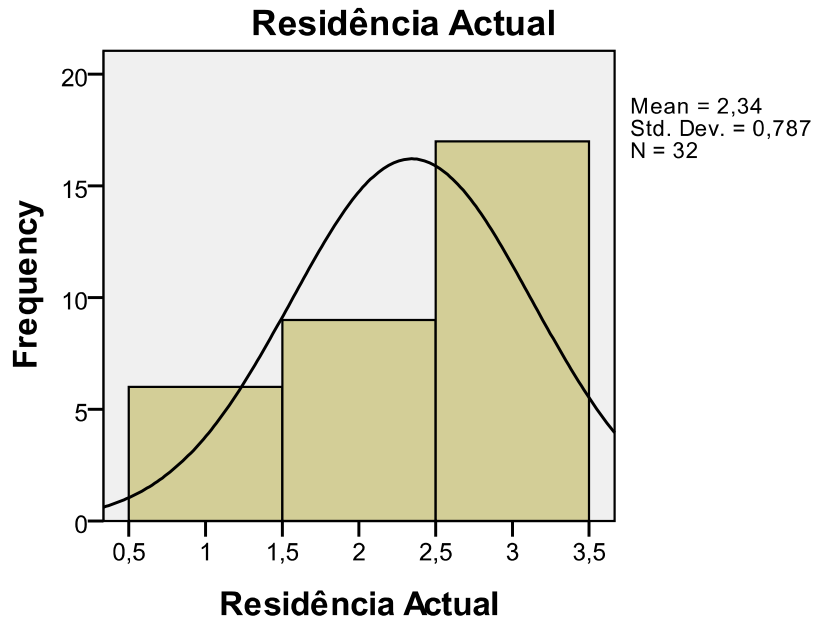


Fig. 9. Diagnóstico médico

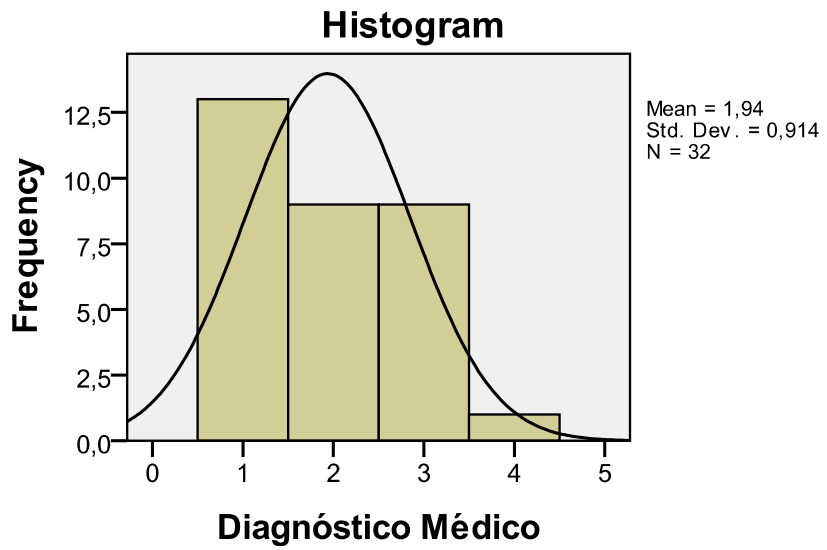


Fig. 10. Estádio Actual da Doença

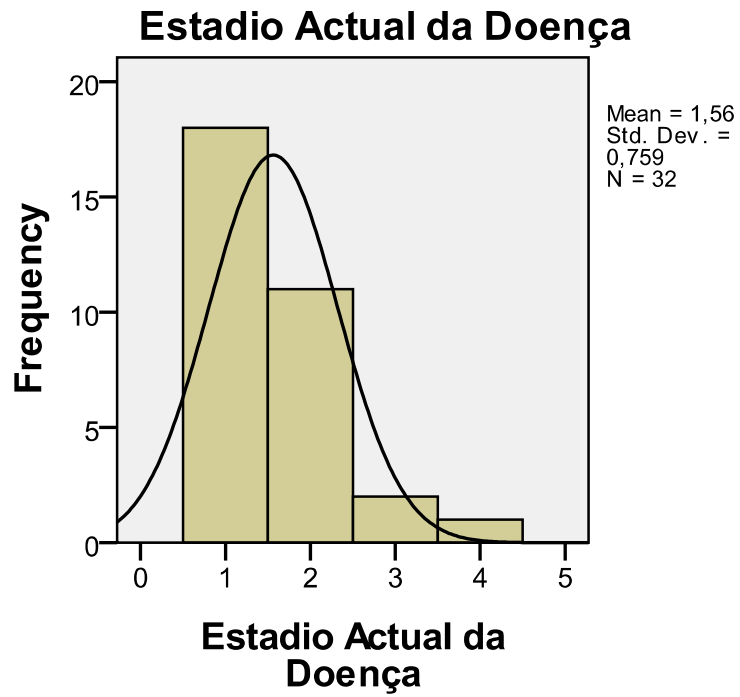


Fig. 11. Comorbilidade

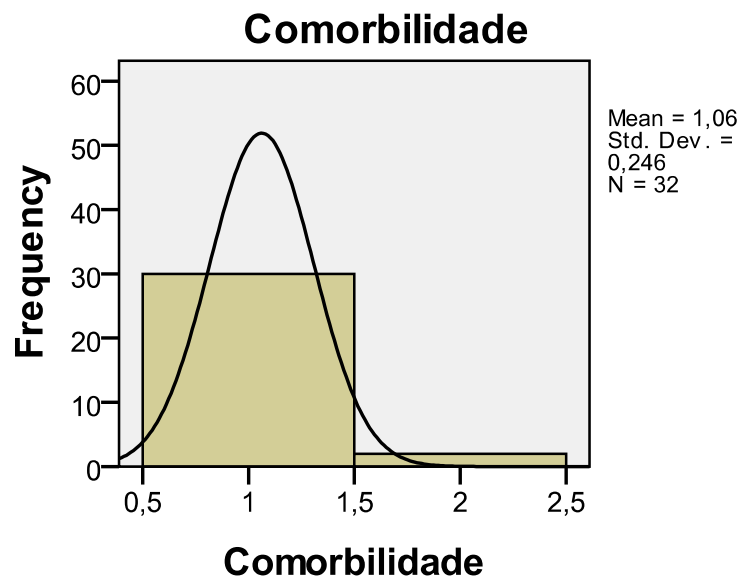


Fig. 12. Antecedentes Psiquiátricos

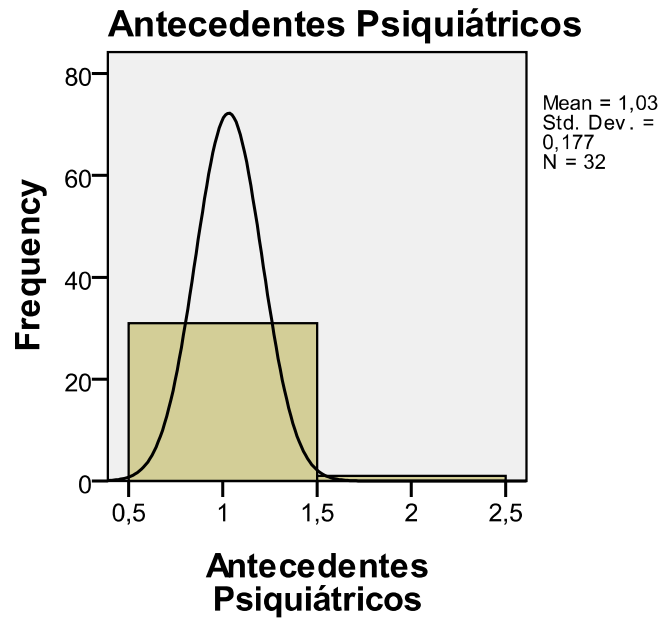


Fig. 13. Tratamiento Actual

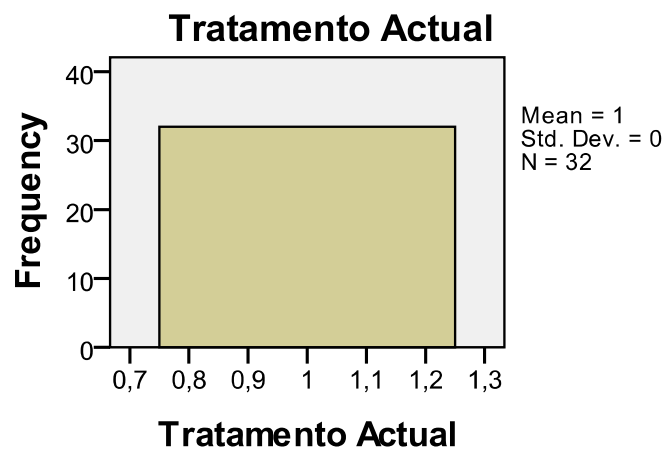


Fig. 14. Radioterapia

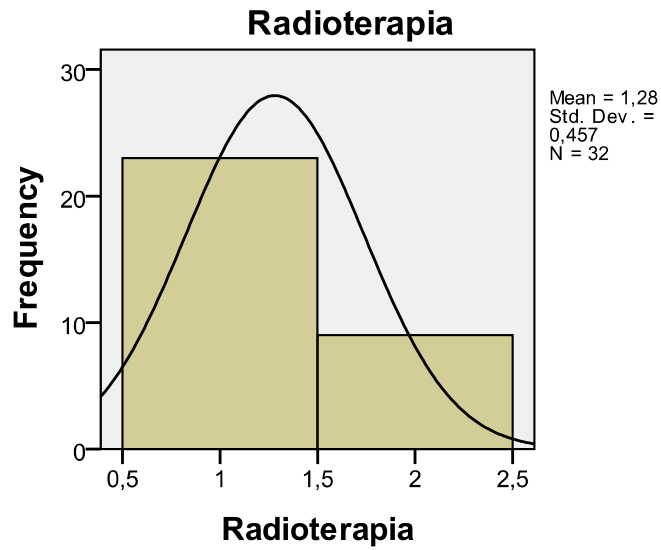


Fig. 15. Transplante de Medula Óssea

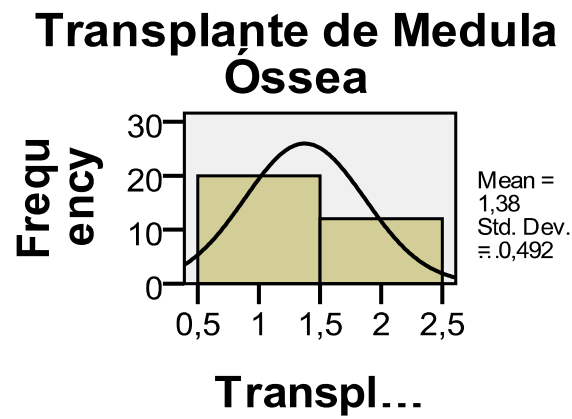


Fig. 16. Sintomas Ansiosos

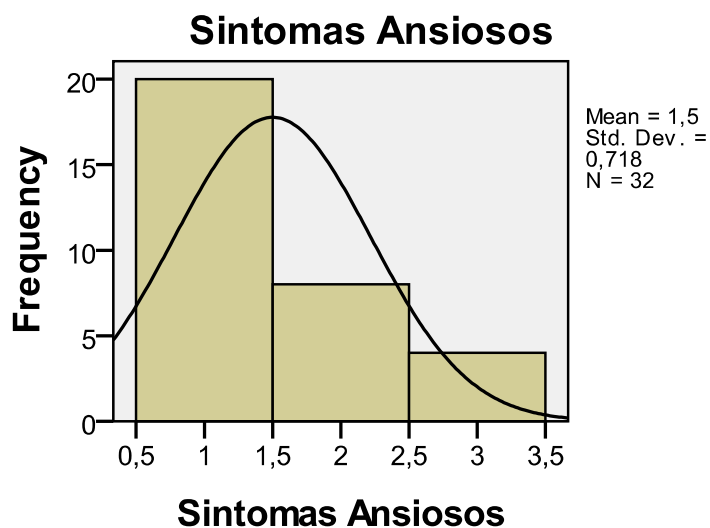


Fig. 17. Sintomas Depresivos

